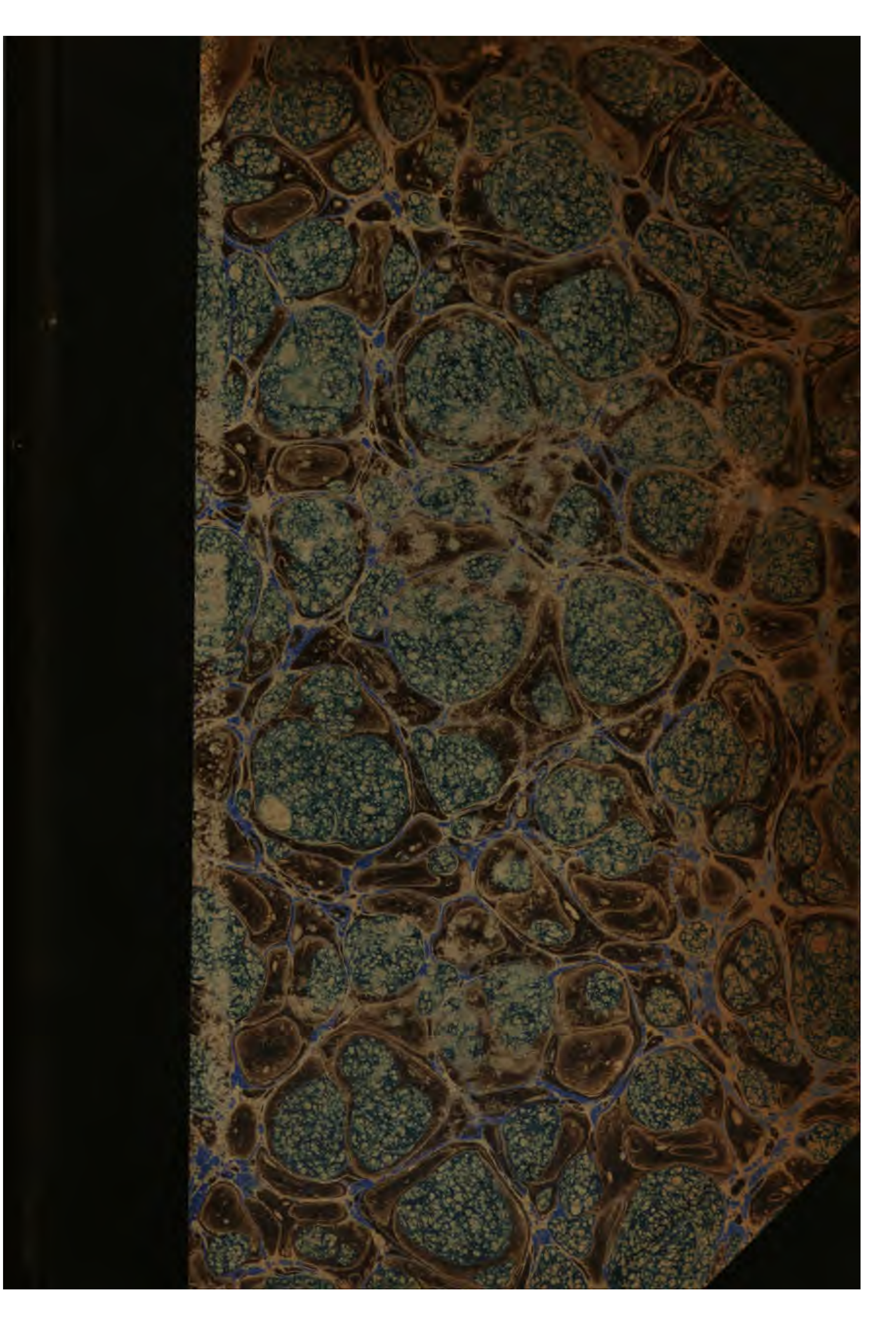


CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

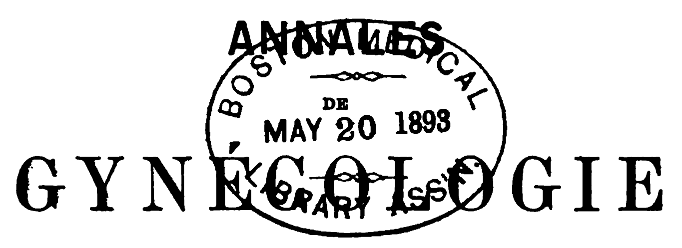
Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour l'Europe.....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXVIII

Contenant des travaux de

MM. Berry Hart, Chalot, Charrier, Farabeuf, Galabin, Jabobs, Lauwers, Léopold, Marta, Martin (Berlin), Mullerheim, Ott (de), Oui, Pinard, Porak, Rudolf Beneke, Segond, Stapfer, Tarnier, Tarnier et Chambrelent, F. Terrier, Thiriar (Bruxelles), Toujan.

1892

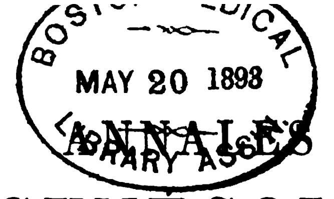
(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Professeur **A. Pinard.**

En 1889, je publiais dans les *Annales de gynécologie* (1), trois observations de grossesse extra-utérine que je faisais précéder des lignes suivantes : « La grossesse extra-utérine peut présenter, dans sa symptomatologie, dans son évolution des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses, et assez peu connues encore à l'heure actuelle pour rendre dans certains cas le diagnostic sinon impossible, du moins extrêmement difficile.

De même, la conduite à tenir, dans les cas de grossesse ectopique, le moment de l'intervention, quand cette dernière est jugée nécessaire, sont autant de points très discutés aujourd'hui mais non encore résolus. »

Les nouvelles observations que je publie dans ce mémoire démontrent que l'histoire de ce grand chapitre de la pathologie obstétricale est loin d'être achevée et ne pourra s'édifier que par un nombre considérable de faits exposés jusque dans leurs moindres détails.

(1) Voyez : Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, *Annales de gynécologie*, avril 1889, p. 241.

Comme dans mon premier travail, je donne d'abord ici la relation *in extenso* des cas observés, en faisant suivre chacun d'eux de réflexions dégageant les particularités les plus intéressantes, tant au point de vue des symptômes, du diagnostic, qu'au point de vue de l'évolution, de l'anatomie pathologique et du traitement. Je le termine par quelques considérations générales concernant ces différents points.

OBSERVATION IV (1). — *Grossesse extra-utérine remontant à 12 mois environ. Laparotomie. Rétention du placenta dans le kyste fœtal. Guérison sans fistule.*

La femme Nicolle, âgée de 39 ans, domiciliée à Blignencourt (Oise), entre à la Maternité Baudelocque le 17 juillet 1889 (envoyée par le Dr Branthomme, de Méru).

Cette femme est accouchée deux fois à terme, d'enfants vivants. Le dernier accouchement remonte à 10 ans. Jamais de fausses couches. Une pelvi-péritonite (salpingite droite ?) en 1885. Un mois au lit. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 7 juillet 1888, et depuis lors, dès le 10 août, elle a toujours été souffrante (douleurs dans le bas-ventre) ; à aucun moment elle n'a eu d'écoulement sanguin, ni de crise aiguë. Mais elle a dû cesser tout travail et garder le lit presque constamment.

2 premiers mois : troubles de la miction et de la défécation.

Au mois d'avril dernier, c'est-à-dire au terme de sa grossesse, elle fut prise de douleurs « comme pour accoucher ». La sage-femme fut mandée, mais s'en retourna après avoir déclaré que c'était une fausse alerte. La nuit suivante, N... cessa de percevoir les mouvements actifs du fœtus qu'elle sentait nettement jusque-là. Inquiète, elle fit appeler un médecin qui constata la mort du fœtus (3 jours après le faux travail).

Quatre ou cinq jours après, il y eut une montée laiteuse. Le ventre diminua de volume.

Après avoir gardé le lit pendant un mois, N..., se trouvant mieux, se leva pour reprendre ses occupations, attendant toujours

(1) Trois observations étant publiées dans mon premier mémoire, je continue la numération pour qu'il n'y ait aucune confusion.

sa délivrance. Puis il y a quinze jours, fatiguée d'attendre et inquiète, elle alla consulter le Dr Branthomme qui l'adressa à M. Pinard.

Examen à l'entrée. — État général peu satisfaisant. N... dit avoir beaucoup maigri. Lait dans les seins.

Le ventre est régulièrement développé. Le palper y fait reconnaître une tumeur sphérique occupant tout le bas-ventre et dont la partie culminante remonte à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic (9 centimètres au-dessus de l'ombilic, 24 centimètres au-dessus de la symphyse).

Cette tumeur est sans bosselures, immobile, dure surtout à sa partie supérieure droite.

A trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope droite, on perçoit dans la tumeur une crépitation très nette ; au même point les doigts sentent une région fœtale très superficielle ayant les caractères de l'extrémité céphalique. Auscultation : silence complet.

Le palper ne détermine aucune douleur ; pas de douleurs spontanées.

La miction et la défécation s'exécutent normalement.

TOUCHER. — Le col est mou, refoulé à gauche et en arrière ; le cul-de-sac latéral gauche est souple.

Le cul-de-sac latéral droit est effacé, bombe dans l'excavation : on y sent une région fœtale dont on ne peut distinguer les caractères.

Les mouvements communiqués par le palper à la tumeur abdominale sont transmis au doigt explorant le cul-de-sac droit, mais non au col.

Nulle part on ne sent le corps de l'utérus qui doit être en arrière du kyste.

Le cathétérisme de l'utérus montre que sa cavité est vide.

Je pratiquai la laparotomie le 30 juillet 1889. Incision de la paroi abdominale jusqu'au niveau du kyste. Sutures des parois de ce dernier à la paroi. Incision du kyste, extraction d'un fœtus macéré pesant 2200 grammes. Liquide amniotique épais, peu abondant et non purulent. Lavage du kyste avec la solution de naphtol. Drainage et pansement.

Il n'y eut aucune élimination du placenta (le cordon avait été au moment de l'extraction du fœtus coupé au ras de la face fœtale).

Les parois kystiques s'accolèrent, la plaie se ferma et le placenta s'enkysta à nouveau sans présenter trace de suppuration.

Cette femme quitta le service le 30 novembre bien portante et ne présentant qu'une induration au niveau de la fosse iliaque gauche, induration du reste diminuant progressivement.

L'utérus avait repris sa place et sa mobilité normales.

Le Dr Branthomme m'écrivit, en 1890, que la santé de cette femme était très bonne.

Particularités. — Au point de vue des antécédents pathologiques, il faut noter ici une salpingite droite survenue quatre ans avant la grossesse extra-utérine. Le tableau symptomatologique a été le suivant : Douleurs abdominales, troubles de la miction et de la défécation survenant aussitôt après les dernières règles. *Ni écoulement sanguin, ni expulsion de caduque* pendant toute la durée de la grossesse. Faux travail apparaissant au terme de la grossesse. Fluxion mammaire survenant quelques jours après. Un mois après, cessation des douleurs. Enfin au point de vue des suites de l'opération, *la rétention du placenta.*

Observation V. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au* 8e *mois environ. Laparotomie neuf mois après la mort de l'enfant. Guérison avec persistance d'une petite fistule.*

La nommée L..., âgée de 32 ans, primipare, entre le 3 février 1889 à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, lit no 8. Cette femme a eu, il y a trois ans, une fièvre typhoïde assez grave, dit-elle, qui l'a retenue 45 jours au lit ; c'est la seule maladie qu'elle ait faite.

Elle a toujours été bien réglée avec quelques petites avances, mais jamais elle n'a eu d'hémorrhagies ni de pertes blanches. A la fin de mai 1888, elle n'a pas eu ses règles qu'elle attendait à ce moment ; elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et entre le 30 juin dans le service du docteur Siredey. On porta le diagnostic de fibromes-utérins. Elle séjourna trois mois dans le service et quand elle le quitta on lui dit qu'elle était enceinte.

Pendant son séjour à Lariboisière, elle avait, nous dit-elle, perdu pendant trois semaines un liquide clair comme de l'eau. Les mois suivants elle vit son abdomen augmenter de volume, sentit son enfant remuer et aucun incident ne vint marquer le cours régulier de la grossesse, si ce n'est dans les derniers jours de jan-

vier. Voici à ce sujet les renseignements qu'elle nous donne lors de son entrée le 3 février 1889 :

Depuis quatre jours, elle n'a pas senti remuer son enfant et elle éprouve une douleur siégeant au voisinage et au-dessus de l'ombilic. Tous ces phénomènes ne pouvaient être rapportés à aucun incident particulier ; elle se croit en travail et c'est pour cette raison qu'elle est venue dans le service.

Examen. — État général bon, ni œdème, ni varices, squelette bien conformé, seins bien développés et contenant du colostrum en abondance. L'abdomen est développé comme chez une femme à terme. Il contient une tumeur occupant surtout la fosse iliaque et le flanc droit, remontant au-dessus de l'ombilic sans atteindre pourtant le rebord des fausses côtes. Cette tumeur semble immobilisée dans l'excavation, mais est mobile dans ses segments moyen et supérieur. Au point de vue des sensations fournies par le palper, on peut considérer trois régions différentes dans cette tumeur : une grande masse donnant la sensation d'un utérus gravide ; puis, au voisinage de l'ombilic, faisant corps avec la tumeur principale, une saillie ayant environ le volume d'une orange, offrant une consistance fibreuse au niveau de laquelle on obtient la sensation de frottements péritonéaux (ce point est très douloureux) ; la troisième région est constituée par une tumeur qui paraît naître de la tumeur principale dans la région sus-pubienne droite et se continue dans la fosse iliaque du même côté ; cette tumeur offrant la même consistance que la tumeur supérieure.

Entre ces deux régions s'étend la tumeur principale fournissant au palper les sensations d'un utérus gravide. Cette tumeur se contracte assez souvent et prend au moment de la contraction la consistance ligneuse. On est assez souvent obligé d'interrompre l'exploration et d'attendre que la contraction soit terminée.

Il est fort difficile de reconnaître par ce moyen d'exploration les diverses parties fœtales. On obtient pourtant dans la partie inférieure de la tumeur, et par la pression, une sensation très nette de crépitation osseuse qui indique la présence de la tête. A l'auscultation, on ne découvre aucun battement fœtal sur toute l'étendue de la tumeur.

Au toucher, on trouve un col encore long mais mou ; dans le cul-de-sac antérieur, se prolongeant à droite, on sent une tumeur lisse, arrondie ayant la consistance demi-molle des fibromes pendant la grossesse.

La température est à 38° ; elle se maintient à ce niveau les jour suivants puis redescend à la normale.

M. Pinard porte le diagnostic d'enfant mort depuis quelque temps chez une femme ayant des tumeurs fibreuses. La femme reste dans le service pendant presque deux mois sans qu'on note aucun incident particulier.

Le 26 mars, elle éprouve des coliques ; son linge est taché de sang. Au toucher, on atteint difficilement le col qui est fermé et se trouve situé très haut en arrière et à gauche. Pendant trois ou quatre jours, léger écoulement sanguin.

Le 28 mars le col paraît plus accessible, plus mou ; le fibrome antérieur paraît plus ramolli. Le 30 mars, le segment inférieur s'est beaucoup abaissé, le col est à peine saillant, l'orifice externe n'est pas ouvert.

Les jours suivants, le toucher donne les mêmes résultats. L'écoulement sanguin a cessé.

24 avril. Légère hémorrhagie durant trois jours ; le toucher ne permet de constater aucune particularité nouvelle.

17 mai. Nouvelle hémorrhagie durant quatre jours, mais apparition de la fièvre et de douleurs abdominales. La température monte à 38° et 39°. Cet état dure huit jours. La tumeur devient immobile. Depuis ce moment, tous les mois se produisent les mêmes phénomènes : écoulement sanguin, fièvre, nausées. Ces symptômes durent huit jours environ. A la suite de chaque poussée péritonitique, la tumeur s'immobilise de plus en plus. Cette femme quitte la maternité de Lariboisière et entre à la clinique Baudelocque.

La dernière poussée péritonitique est du 6 septembre : la température s'est élevée à ce moment jusqu'à 39°. Depuis son arrivée à la clinique Baudelocque, la femme a maigri considérablement ; le facies est pâle et légèrement bouffi. M. Pinard pense qu'il est nécessaire d'intervenir.

L'utérus et la vessie sont repoussés du côté gauche ; en pratiquant le cathétérisme vésical on retire 100 grammes d'urine normale sans albumine. Le cathétérisme utérin est impossible en raison de la situation du col qui est à gauche, en avant, très élevé et inaccessible pour ainsi dire. M. Pinard pratique la laparotomie le 22 octobre à 9 heures et demie du matin après avoir pris les précautions antiseptiques les plus complètes.

Après avoir incisé l'épaisseur de la paroi abdominale, on arrive sur une tumeur paraissant lisse à la surface et contenant le fœtus

On fait alors des sutures avec la soie phéniquée pour réunir cette tumeur kystique à la face profonde de la paroi abdominale. En incisant ensuite la tumeur fœtale, il semble qu'on est sur l'utérus gravide ; pourtant après l'incision et l'extraction du fœtus, les parois ne reviennent pas rapidement sur elles-mêmes et ne prennent pas une épaisseur plus considérable.

L'épaisseur de la paroi kystique paraît à peu près uniforme et atteint environ un centimètre à un centimètre et demi. Plusieurs artères assez volumineuses ont été sectionnées ; il s'écoule de la cavité kystique une assez grande quantité de pus ; on retire le fœtus du sexe féminin, pesant 1520 grammes ; il est adhérent par points à la face interne de la poche kystique ; le cuir chevelu est particulièrement adhérent et reste, pour ainsi dire, en totalité dans la cavité kystique.

Après avoir fait de grands lavages avec la solution de naphtol, on laisse le placenta en place, on bourre la poche de gaze iodoformée, on laisse sept pinces à demeure, on ne ferme ni le kyste ni la paroi abdominale, mais on résèque une petite portion de la paroi kystique pour l'examiner au microscope afin de savoir si on a incisé l'utérus ou un kyste fœtal. On fait un pansement avec de l'ouate iodoformée et on applique une ceinture de flanelle exerçant une compression assez forte pour immobiliser la paroi et les intestins.

Le soir de l'opération, la malade est assez bien ; pas de réaction péritonéale ; pouls petit, faible, 102 ; température 38°,3.

L'opérée n'a pas eu de vomissements ; le sommeil chloroformique a été très bien supporté sans nausées ni vomissements : il a duré une heure et quart environ et il n'a été donné que 50 grammes de chloroforme, mais on avait, un quart d'heure avant l'opération, pratiqué une injection sous-cutanée avec un centimètre cube de la solution suivante, comme l'a conseillé le professeur Dastre :

Chlorhydrate de morphine..........	0.10 centigr.
Sulfate d'atropine..................	0.05 mill.
Eau distillée........................	10. -- gr.

23 octobre. Le facies est mauvais ; le pouls est petit et fréquent, temp. 38°,9 ; il y a eu deux vomissements ; miction spontanée. On change le pansement : il ne s'est pas fait d'écoulement sanguin. On enlève les pinces à forcipressure et la pièce de gaze iodoformée ; on

place dans la cavité deux gros tubes à drainage en caoutchouc; pendant toute la durée des pansements, on fait de larges lavages avec la solution de naphtol.

Le 23 octobre soir, la malade est encore plus déprimée; pouls 120, très petit; temp. 39°; pas de douleurs.

Le 26, état assez satisfaisant; la malade prend du champagne et du bouillon, pouls 90.

Jusqu'au 28 octobre, on fait deux pansements par jour; mais il est curieux, si on a ouvert l'utérus, de ne voir s'écouler ni sang ni lochies par le vagin, ni une goutte de la solution de naptol avec laquelle on lave largement le kyste.

Le 28, l'état général est très bon. Malgré les lavages, il ne s'élimine aucune portion de cotylédons ni membranes et la cavité se rétrécit considérablement; cependant elle mesure encore en profondeur 10 centim. et en hauteur 12 centim., car elle remonte sous la paroi abdominale à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 11 novembre, la malade qui perdait du sang chaque mois à cette époque n'a encore rien vu. Le placenta ne s'élimine que très lentement, par très petits fragments, entraînés par le liquide de l'injection qui ressort louche.

Le 20, l'élimination placentaire est toujours lente et ne se fait que par une sorte de macération. État général excellent.

Le 22, le professeur Pinard pratique le toucher vaginal: le col a repris sa place habituelle; il occupe le centre du canal vaginal, et l'excavation qui était remplie et semblait occupée par de prétendus fibromes se trouve libre.

Quant à la plaie, elle se rétrécit chaque jour; le fond de la cavité se comble également, mais il est anfractueux et il semble qu'avec le doigt introduit par l'incision, on enfonce dans les cotylédons. On laisse toujours les deux tubes à demeure et on fait chaque jour un grand lavage dans la cavité. Depuis l'opération, il ne s'est écoulé par la vulve ni sang ni eau.

1er décembre. La malade qui avait ses règles tous les mois avant d'être opérée n'a rien vu depuis l'opération; nous approchons de l'époque des règles, le sang devra se montrer par la plaie si l'utérus a été incisé.

Le 9, les règles qui n'avaient pas paru le mois dernier apparaissent aujourd'hui; le sang vient en quantité normale et s'écoule par la vulve; il ne se fait aucun écoulement sanguin par la plaie

ni dans l'intérieur du kyste ; du reste l'examen microscopique fait par le Dr Darier montre que la portion du kyste qui a été réséquée n'a pas les caractères de la paroi utérine.

Le 13 décembre les règles cessent ayant présenté leur abondance et leur durée habituelle. Plus de poussée du côté du péritoine.

Depuis huit jours, on fait deux grands lavages par jour, en raison de l'odeur qui résulte de l'élimination de débris placentaires assez volumineux ; on retire avec des pinces des portions de cotylédons du volume d'un petit œuf.

Le 16, la malade va très bien et engraisse ; le ventre a repris en grande partie sa souplesse, et il semble que les fibromes dont on avait constaté la présence pendant la grossesse aient subi un travail considérable de régression, car il serait difficile aujourd'hui d'affirmer leur existence.

Du 20 décembre au 4 janvier, on continue de faire une injection chaque jour dans la cavité qui se rétrécit du reste beaucoup ; le tube est toujours laissé en place parce que le liquide revient encore sale et un peu louche.

Le 15 février on retire définitivement le tube pour permettre à la cavité de se combler et à l'orifice de se fermer, car le liquide injecté revient clair et il ne s'élimine plus aucune portion de placenta.

Le trajet fistuleux persiste, mais la femme se lève, se promène et l'état général est excellent.

Elle quitte le service le 3 mai 1891 pour aller au Vésinet et n'a pas été revue depuis cette époque.

Examen histologique de la paroi du kyste fœtal. — Cet examen fut fait par M. le Dr Darier, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France. Voici les deux lettres qu'il adressa le 4 et le 12 novembre à M. le Dr Pinard :

Paris, le 4 novembre.

Monsieur,

M. Malassez m'a confié l'examen d'une pièce que vous nous avez envoyée avec la mention : « *Fragment de paroi d'un kyste fœtal. Est-ce la paroi de l'utérus gravide ?*

Sur les coupes de ce fragment, on trouve sur une des faces une séreuse, le péritoine sans doute ; sur l'autre des bourgeons vascu-

laires dont les éléments sont en dégénérescence graisseuse. Il n'y a aucune trace d'épithélium à la surface de ces bourgeons, aucun prolongement glandulaire non plus.

La paroi du kyste est dans son ensemble presque exclusivement composée de tissu fibreux avec vaisseaux assez gros et nombreux. Il y a fort peu de fibres musculaires lisses qui sont grêles et disposées en tout petits faisceaux dissociés par le tissu fibreux.

En somme, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas de la paroi utérine, ni vraisemblablement d'une trompe utérine dilatée, à cause de la rareté des éléments musculaires.

Toutefois, je ne trouve dans ce fragment aucun élément assez caractéristique pour faire reconnaître de quelle variété de kyste il s'agit. M. Malassez à qui j'en ai parlé pense que l'on peut trouver une structure de ce genre dans la paroi de n'importe quel kyste de cette région.

Dans l'espoir que ces quelques renseignements pourront vous être utiles, je vous prie, etc.

Dr Darier.

Paris, le 12 novembre.

Monsieur et cher maitre,

J'ai montré mes préparations à M. Malassez ; il est tombé d'accord avec moi qu'il n'y avait pas dans cette paroi l'aspect ordinaire de l'utérus normal ou gravide. Cependant, il m'a dit avoir l'impression que certains éléments fusiformes très allongés disposés au sein de la couche fibreuse pourraient bien être des fibres musculaires lisses. Elles n'ont pas l'apparence ordinaire de ces fibres, elles sont séparées par des faisceaux conjonctifs et non groupées en tissu ; mais si M. Malassez a vu des dispositions analogues dans les fibro-myômes de l'utérus, il est parfois extrêmement difficile selon lui d'affirmer la nature musculaire de ces éléments; parfois on ne peut dire s'il s'agit d'un fibro-myôme ou d'un fibro-sarcome.

La question importante était donc d'élucider si possible la nature de ces éléments. J'ai employé une des techniques qui réussit le mieux dans ces cas (safranine et potasse à 40 0/0) et j'ai vu nettement ces cellules allongées. Il est possible que ce soient des fibres musculaires.

J'ajouterai même que le renseignement que vous m'avez donné

de la contractilité de la paroi en question rend le fait très probable puisque nous n'y trouvons aucun autre élément musculaire.

En résumé, il n'est pas impossible que la paroi examinée soit l'utérus (probable d'après l'observation clinique ?), mais en tous cas, si c'est l'utérus, il est profondément modifié dans sa structure, laquelle se rapproche de celle de certains fibro-myômes ; j'ajouterai qu'on ne trouve dans ce fragment aucun élément (épithélium ou glande) qui soit caractéristique, ainsi que je vous l'avais écrit.

Veuillez agréer, etc. DARIER.

Cette observation mérite d'être longuement discutée, car il s'agit d'établir à quelle variété de grossesse nous avons eu affaire. (*A suivre.*)

LES KYSTES WOLFFIENS DU VAGIN

ÉTUDE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

Par M. le Dr **V. Chalot**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

A l'heure actuelle, d'après l'ensemble des faits colligés successivement par Winckel, Breisky, Johnston, Poupinel, d'après quelques autres plus récents, on doit admettre que les kystes du vagin, en général, reconnaissent des origines fort diverses. Nous laissons de côté la *colpohyperplasie cystique*, qui ne rentre réellement pas dans le sujet et dont l'importance clinique est d'ailleurs à peu près nulle. Ainsi l'on a :

1° Des *kystes glandulaires*, toujours superficiels, peu volumineux, étudiés d'abord par Huguier, et dont l'existence est désormais consacrée par les observations microscopiques de v. Preuschen, de Heitzmann, de Hückel. La muqueuse vaginale est *parfois* pourvue de véritables glandes dont le canal excréteur s'oblitère et qui deviennent des kystes par rétention.

2° Des *kystes lymphatiques*, sous-muqueux, tapissés à l'in-

térieur par un endothélium et qui proviennent de lacunes conjonctives ou de vaisseaux lymphatiques dilatés (Winckel, Klebs).

3° Des *hygromas*, développés dans des bourses séreuses accidentelles sous l'influence du coït, d'un traumatisme quelconque (Verneuil, Eustache, Tillaux).

4° Des *collections séreuses* formées par décollement traumatique, au moment de l'accouchement, par exemple comme « à la Morel-Lavallée » (Ladret de la Charrière, Thorn).

5° Des *kystes consécutifs à des hématomes*.

6° Des *kystes wolffiens*, c'est-à-dire développés dans des vestiges inférieurs d'un canal de Wolff, vestiges que Rieder et quelques autres observatenrs ont mis hors de doute à tous les âges, mais qui, en tout cas, n'ont rien à voir avec les tubes périurétraux dits de Skene, ainsi que je l'ai montré, il y a quelques années, à la Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier.

7° Des *kystes mullériens*, c'est-à-dire des collections de mucus, de sang, de pus (mucocolpos, hématocolpos, pyocolpos latéraux) qui se font dans des restes ou rudiments de la partie inférieure ou vaginale d'un canal de Müller (Freund, Kleinwachter, Pozzi, W. Kümmel).

8° Si l'on veut les ajouter à la précédente liste, les *kystes hydatiques paravaginaux* (Hil, Elridge, Porak, etc.).

Tel est le canevas pathogénique des kystes du vagin envisagés dans leur ensemble.

Je ne veux m'occuper ici que d'une de leurs espèces, des kystes wolffiens, dont le rôle, entrevu par J. Veit dès 1867, s'affirme de plus en plus depuis dix années, grâce au concours indispensable des données embryogéniques et de l'histologie méthodique. Pozzi a même pu écrire, dans son très remarquable *Traité de gynécologie*, « que tous les kystes dépassant le volume d'une noisette doivent être rattachés à une origine wolffienne ». Peut-être cette opinion est-elle un peu excessive, devant le petit nombre des observations valables connues en ce moment. Mais, en tout cas,

elle aura le mérite de provoquer et d'accumuler les recherches nouvelles de tous ceux, chirurgiens, anatomistes, ou tératologistes, qui s'intéressent de près ou de loin aux progrès scientifiques de la gynécologie.

Pour mon compte, je suis heureux de pouvoir présenter l'observation d'une malade que j'ai opérée en 1890. Je la ferai suivre d'une courte esquisse relative au diagnostic anatomique et histologique des kystes wolffiens, et je terminerai par quelques considérations sur le traitement opératoire de certains d'entre eux, de ceux qui ont des connexions intimes avec les gros vaisseaux du vagin et qui se prolongent plus ou moins haut vers la base des ligaments larges.

OBSERVATION. — *Kyste muqueux wolffien de la paroi antéro-latérale droite du vagin. Opération. Examen histologique, guérison confirmée, avec 2 figures.* (Cette observation est relatée en partie dans la thèse de Villebrun, un de mes anciens élèves, Montpellier, 28 juillet 1890).

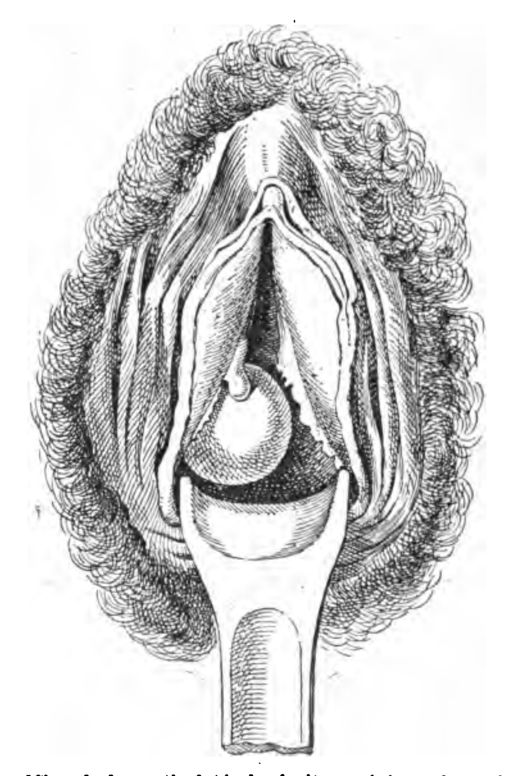
Mme Aurélie Laf..., 40 ans, est venue me consulter le 22 mai 1890 pour une tumeur, soi-disant une hernie, qu'elle avait remarquée depuis quelques années à l'entrée des parties vaginales, et pour des pertes blanches.

Elle a eu trois grossesses, qui sont toutes parvenues à terme, la première il y a quatorze ans, la dernière il y a six ans. Accouchements et suites de couches normaux ; jamais de fausses couches.

Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et demi, Mme L... a ses menstrues tous les mois, pendant huit jours, sans douleur, avec une perte de sang assez abondante. Bon état général. Rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires.

A l'examen local, on voit proéminer entre les petites lèvres à l'extrémité antérieure de la paroi vaginale antérieure, immédiatement à droite de la colonne, derrière les débris latéraux et supérieurs de l'hymen, une tumeur sphéroïde, arrondie, nettement délimitée, du volume d'un gros marron, recouverte d'une muqueuse blanc rosé, lisse en avant et en bas, et qui est légèrement ridée par places en arrière, dans le sens transversal. Cette tumeur empiète de 1 cent. seulement par son implantation sur la partie laté-

rale droite du vagin. Elle est molle, fluctuante, indolente, opaque, absolument mate ; n'augmente ni par la station verticale ni sous l'influence des efforts et de la toux ; diminue sensiblement par la pression en *s'allongeant vers la partie supérieure du vagin ; s'aplatit facilement* sous une valve de Sims placée contre la paroi



Kyste wolffien de la partie latérale droite, opéré par le prof. Chalot.

correspondante du vagin. Par le tiers environ de son volume, elle fait corps avec cette paroi, et il semble qu'elle siège dans le tissu sous-muqueux de la muqueuse vaginale. Une sonde introduite dans l'urèthre montre que ce dernier est normal et qu'il n'a aucune connexion avec la tumeur. Un stylet de Bowman permet également de reconnaître l'existence et la perméabilité normale des deux tubes périurétraux de Skene ; ceux-ci sont donc indépendants de la tumeur. Vestibule du vagin normal.

Diagnostic : *Kyste du vagin développé très probablement dans le canal de Wolff droit.*

On constate ensuite que les pertes blanches sont dues à une endométrite muco-purulente du corps et du col. Le cathétérisme et le palper combiné démontrent que l'utérus est simple et constitué comme à l'ordinaire.

Traitement : 1° le 30 mai, *curettage utérin complet*, suivi de badigeonnage au chlorure de zinc au 1/20 ; je n'ai pas à décrire cette première opération.

2° Le 5 juin, *excision presque totale du kyste, raclage complémentaire de ce qui en reste.*

Après les précautions ordinaires d'asepsie, la malade étant en position sacro-dorsale, une valve de Sims déprimant la paroi postérieure du vagin et le périnée, j'introduis l'index gauche dans le vagin et le ramène en crochet derrière le kyste pour le maintenir et le faire bien saillir en avant, puis je le ponctionne de la main droite avec le bistouri sur sa face antérieure. Il s'écoule aussitôt, mais lentement, une grande cuillerée d'un liquide gommeux, épais, filant, visqueux, clair jaunâtre, homogène, qui est recueilli dès sa sortie dans un flacon stérilisé en vue de l'examen microscopique et chimique.

L'évacuation à peu près terminée, j'introduis dans l'ouverture la pointe mousse de longs ciseaux droits et divise la poche, devenue flasque, dans tout son diamètre antéro-postérieur.

Pour conserver intact l'épithélium de la face interne du kyste, en cas qu'il y en eût un, aucune manœuvre d'extraction intérieure n'est pratiquée. Je constate, et fais constater à mes assistants, Dr L. Coste et mes élèves, A. Coste, D. Capman, Fabre et Villebrun, sur la coupe longitudinale de la paroi du kyste, que cette paroi est formée successivement de bas en haut : 1° par la muqueuse vaginale ; 2° par une mince couche de tissu conjonctif lâche ; 3° par une membrane fibroïde blanchâtre, très nette, résistante, qui forme liseré sur chaque lèvre de l'incision et qui est bien la *membrane propre du kyste*. Chaque moitié de la poche est excisée successivement au ras de la paroi vaginale et plongée immédiatement dans un flacon d'alcool absolu. Hémorrhagie veineuse assez abondante, qu'on réussit vite à modérer par l'irrigation d'eau bouillie très chaude et par le tamponnement provisoire du vagin au coton salicylique. Chaque lambeau excisé montrait

nettement une membrane interne lisse, ayant les caractères précités.

Dès que l'hémostase m'a paru suffisante, j'ai enlevé le tampon, disséqué et excisé la moitié inférieure au moins de ce qui restait de membrane interne ; l'hémorrhagie veineuse a reparu encore abondante, et *comme la gouttière consécutive à l'excision de la paroi vaginale se prolongeait beaucoup en arrière vers le côté du col utérin* (*au moins jusqu'à 2 cent.* 1/2 *de lui*), dans la crainte d'une perte de sang trop considérable, j'ai renoncé à pousser plus haut la dissection de la membrane propre, dissection complémentaire qui ne m'a pas paru du reste nécessaire pour la cure radicale. Nouvelle hémostase par l'eau chaude et le tamponnement provisoire.

Dix minutes après, les tampons enlevés, je racle énergiquement avec une petite curette de Sims la face interne du restant de membrane propre du kyste. L'hémorrhagie continuant, quoique en quantité moindre, je me suis hâté de faire un dernier lavage du vagin et de le tamponner avec de la gaze iodoformée et du coton salicylé, sans avoir appliqué aucun point de suture. Aucune ligature ni forcipressure d'artère n'a été nécessaire pendant l'opération. Celle-ci a été faite sans anesthésie locale ni générale ; elle a été peu douloureuse. Durée 3/4 d'heure.

Les suites de l'opération ont été absolument normales, sans le moindre symptôme d'inflammation ni de fièvre. Régime ordinaire dès le soir même de l'opération. Par exception, comme les tampons étaient tout imprégnés de sang et que l'on pouvait craindre une décomposition de ce liquide, le premier pansement a été fait au bout de 48 heures. Deuxième pansement à la gaze iodoformée et au coton salicylé le huitième jour ; pas la moindre suppuration ; plaie allongée, granuleuse, très rapetissée. Troisième et dernier pansement le dix-septième jour; la cicatrisation était à peu près complète.

L'opérée est partie en bonne santé ce jour même, après que je lui ai recommandé de ne retirer le tampon que dans cinq jours et de se pratiquer ensuite deux fois par jour des irrigations d'eau bouillie chaude au sublimé 0,25 0/00.

Je l'ai revue, il y a trois mois. La guérison s'est achevée sans le moindre incident. A la place du kyste, la paroi antérieure du vagin présente une cicatrice blanche, lisse, peu apparente, légèrement elliptique, et il n'y a aucune trace de récidive.

Examen histologique des segments du kyste excisés. — Ces segments ont été durcis par immersion successive dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées au picro-carminate d'ammoniaque et montés dans la glycérine formiquée à 1/100.

Le microscope montre que la paroi totale du kyste est formée par une lame épaisse de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses comprise entre deux revêtements épithéliaux.

En allant de la surface vaginale vers la face interne du kyste, on trouve : 1° *une couche d'épithélium pavimenteux stratifié* identique à l'épithélium vaginal ordinaire, mais présentant par places une épaisseur un peu plus considérable qu'à l'état normal. Au niveau de ces points épaissis il y a une prolifération abondante de la couche profonde du corps muqueux, qui s'est laissé pénétrer aussi par des leucocytes.

2° *Le derme de la muqueuse vaginale*, qui dans ses couches superficielles est extrêmement riche en fibres élastiques. Dans certains points correspondant en général aux épaississements précités de l'épithélium, il est riche en éléments embryonnaires; ailleurs il est normal. A mesure qu'on avance dans la profondeur des tissus, les vaisseaux deviennent plus volumineux; on aperçoit de larges veines béantes gorgées de globules sanguins, quelques-unes possédant une paroi conjonctive très épaisse.

3° A mi-épaisseur de la paroi totale, *un plan constitué surtout par des faisceaux de fibres musculaires lisses* coupés dans toutes les directions et séparés par du tissu conjonctif. Çà et là, *des veines énormes et nombreuses donnant l'aspect de tissu caverneux.*

4° *Le derme de la membrane propre du kyste,* riche en éléments cellulaires *et en fibres musculaires lisses ;* formé en outre de tissu conjonctif et de matière amorphe.

5° *Une couche simple d'épithélium cylindrique*, doublée çà et là d'un plan sous-jacent de petites cellules rondes ou ovales. Les cellules cylindriques, très allongées, n'ont pas de cils vibratiles; elles ont un protoplasma clair et un gros noyau ovalaire vers leur extrémité libre. Par places, l'épithélium *s'invagine* dans l'épaisseur de la membrane propre, formant tantôt de simples dépressions qui ont à peine un ou deux centièmes de millim., tantôt des *digitations tubulées profondes*, simples ou ramifiées. Ces invagi-

nations sont tapissées d'une simple couche de cellules cylindriques, excepté au fond de nombreux culs-de-sac, où l'on trouve au-dessous de ces cellules de petites cellules rondes ou ovales. Aucune cellule caliciforme.

Examen micro-chimique du liquide extrait. — Grande quantité de mucine précipitée par l'acide acétique. Nombreuses plaquettes de cholestérine. Nombreux globules graisseux de 0,15 à 0,25 gr. avec noyau. Autres globules analogues, mais plus petits et sans noyau distinct. Petits éléments arrondis, un peu crénelés et paraissant être des cadavres d'hématies. Une multitude de granulations graisseuses libres.

Comme on vient de le voir, l'examen histologique a démontré que le kyste opéré est tout à fait indépendant de la muqueuse vaginale, et qu'il est lui-même constitué comme membrane propre par une véritable muqueuse. Il s'agit donc d'un kyste congénital. Mais ces caractères sont tous deux communs aux kystes wolffiens et aux kystes mullériens. Comment donc les distinguer à leur tour entre eux? Comment affirmer ou du moins présumer avec quelque raison qu'il s'agit dans un cas donné d'un kyste wolffien plutôt que d'un kyste mullérien, et réciproquement? Le problème n'est pas toujours facile à résoudre, parce que l'étude précise de ces kystes est encore à peine ébauchée et que nous n'avons pas de critérium constant.

Diagnostic différentiel. — Disons tout d'abord que la nature du contenu et les éléments figurés qu'on y rencontre n'ont aucune valeur diagnostique; ce point me paraît désormais hors de conteste. La structure elle-même de la paroi du kyste n'a rien d'absolument caractéristique. D'une manière générale, il est vrai, on a considéré comme wolffiens les kystes qui présentent un épithélium cylindrique, et comme mullériens ceux qui sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié; mais il ne faut pas oublier qu'on a décrit sur la paroi postérieure du vagin des kystes où l'épithélium était cylindrique, même à cils vibratiles, et qu'on a

observé des kystes antérieurs où l'épithélium était pavimenteux stratifié ou métatypique.

La forme de l'épithélium n'a donc pas toute l'importance que beaucoup lui ont assignée jusqu'à présent. Les invaginations épithéliales simples ou ramifiées n'ont pas davantage de domaine exclusif. *La présence de papilles* semble, au contraire, être spéciale aux kystes mullériens ; malheureusement elle n'est pas constante.

Peut être y a-t-il lieu de songer à une troisième variété de kystes congénitaux constituée par une invagination tératologique de l'ectoderme dans l'épaisseur des parois vaginales. Voilà pour l'histologie.

La topographie éclaire-t-elle davantage le diagnostic ? Les kystes wolffiens ne peuvent occuper que la paroi antérieure ou mieux antéro-latérale du vagin; mais les kystes mullériens peuvent aussi s'y développer, quoique très rarement. La disposition en série, en chapelet, de plusieurs kystes, n'a rien non plus de particulier. Il en est autrement *de l'étendue verticale:* un kyste ou une série de kystes qui règne sur la paroi antérieure du vagin, passe au-devant ou à côté du col, et se prolonge dans la base du ligament large, est toujours d'origine wolffienne; le kyste mullérien ne dépasse jamais le fornix du vagin. Mais les prolongements paracervicaux ou cervico-ligamentaires, trouvés par Wath, Johnston, Walther, ne sont pas la règle.

Enfin, dans quelques cas, la duplicité de l'utérus fera plutôt admettre un kyste mullérien, bien qu'elle puisse également coïncider avec l'autre espèce de kyste.

En résumé, voici les propositions que j'essayerai de formuler et qui jetteront peut-être quelque lumière sur le diagnostic différentiel en question :

1° *Un kyste qui occupe la paroi antéro-latérale du vagin, se prolonge vers ou jusque dans le ligament large correspondant et présente un épithélium cylindrique, cilié ou non, est sûrement un kyste wolffien ;*

2° *Un kyste qui a même siège et même prolongement, mais*

non un épithélium cylindrique ou cylindrique pur, est également d'origine wolffienne ;

3° *Un kyste qui a même siège, un épithélium cylindrique, mais n'a aucun prolongement ou pas de prolongement assez élevé pour atteindre le fornix, reconnaît très probablement* la même origine. Mon cas appartient précisément, je crois, à cette catégorie;

4° *Un kyste qui a même siège, mais un épithélium différent et pas de prolongement, ne peut être classé.* La présence de papilles trancherait pourtant la question d'identité en faveur de la provenance mullérienne.

Traitement.— Le traitement des kystes wolffiens ne diffère guère de celui des autres kystes du vagin, *lorsqu'ils sont peu étendus et facilement accessibles.* Les meilleurs moyens sont : 1° l'excision de la partie saillante, suivie de la membrane propre à la muqueuse vaginale, selon la méthode de Schröder ; 2° l'extirpation totale, précédée de l'incision large ou de la réplétion de la poche par du blanc de baleine (après évacuation du contenu), selon la méthode de Pozzi.

Mais, *lorsque les kystes sont haut placés ou qu'ils se prolongent vers le fornix ou au delà,* il est préférable, à mon avis, de modifier la technique précédente ainsi que je vais l'indiquer. L'extirpation totale est, en effet, malaisée, et surtout elle expose à des hémorrhagies sérieuses comme celles que j'ai eu à combattre chez mon opérée et qui m'ont obligé plusieurs fois à suspendre l'opération. La suture régulière du reste de kyste « à la Schrœder » peut aussi n'être pas facile dans la profondeur du vagin, malgré la précaution qu'on aura prise d'abaisser fortement l'utérus et de bien ouvrir le vagin avec des valves appropriées.

Je recommande donc pour les kystes haut placés la *simple incision* de la partie saillante, accompagnée du *curettage méthodique* et du tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Si les kystes ont un prolongement élevé, on *excisera* d'abord la *partie inférieure saillante;* puis, au lieu de disséquer au loin la membrane propre comme je l'ai fait, on la *laissera en*

place, on soumettra *au curettage* sa face interne dans toute son étendue, et l'on terminera encore ici par un tamponnement lâche. L'opération devient ainsi beaucoup plus courte, beaucoup moins agressive, tout en offrant les mêmes garanties curatives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WATTS. — *Am. J. of Obst.*, p. 884, 1881.
J. VEIT. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, VIII, 471, 1882.
MAX GRÆFE. — *Ibid.*, VIII, 460, et XIV, 119.
WARREN. — *Trans. of Maine med. Assoc.*, Portland, XIII, 115, 1883.
SCHRAMM. — *Cent. f. Gynæk*, 164. 1883.
KLEINWACHTER. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XI, 254, 1885, et XVI, 1888.
WINCKEL. — *Lehrb. der Frauenkr.*, 152, 1886.
BREISKY. — *Handb. der Frauenkr.*, III, 73, 1886.
LANNELONGUE et ACHARD. — Traité de kystes congénitaux, p. 442, 1886. Beau cas de kyste congénital antérieur chez une fillette de 1 mois et trois jours (pl. X, fig. 1), mais pas d'examen histologique.
BAUMGARTEN. — *Virchow's Arch.*, CVII, 528, 1887.
JOHNSTON. — *Am. J. of Obst.*, XX, p. 1144, 1887.
W. KUMMEL. — *Virchow's Arch.*, CXIV, 416, 1888.
RICHELOT. — *Un. méd.*, 16 oct. 1888, et *Soc. chir.*, 589, 1888.
POUPINEL. — *Rev. de chir.*, juillet, août 1889.
REBOUL. — *Ann. gynéc.*, 1889.
SANTONI. — Th. Paris, 1890.
VILLEBRUN. — Th. Montpellier, 1890.
WALTHER. — *Soc. anat.*, 17 oct. 1890.
POZZI. — *Traité de gynéc.*, 884, 1890.
KLEIN. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XVIII, 82, 1890; il s'agit ici surtout d'un kyste wolffien parautérin.
RHUTERFORD. — *Obstetrical Transact. of London*, 1891, p. 354. vol. XXXIII.

BASIOTRIPSIE
DANS UN CAS DE GRAVE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN

Par M. **Marta** (de Venise).

Le 29 mai de l'année dernière, à deux heures après midi, je fus appelé par mon confrère M. le docteur Galante à l'aide

d'une femme primipare âgée de 24 ans, nommée R... V... Cette femme se trouvait en travail depuis 25 heures, assistée par une accoucheuse qui, cela va sans dire, avait négligé les prescriptions antiseptiques conseillées par le médecin. J'ai trouvé la femme en couches surexcitée; elle criait à tue-tête ; sa peau était brûlante ; sa langue sèche ; son pouls présentait des battements faibles et fréquents ; sa physionomie était abattue. Cette femme qui exerce le métier de blanchisseuse, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de trois ans et a été assujettie de bonne heure au travail. Sa taille est petite; elle ne présente aucune trace visible de rachitisme. Sa colonne vertébrale est droite ; point de dépression au sacrum. Le ventre est gros, mais pas tombant, et très sensible à la pression; l'utérus est en état tétanique. On ne perçoit pas les battements du fœtus, et il n'y a plus de mouvements depuis quelques heures. Les membranes s'étaient rompues prématurément, et le cordon ombilical, sans battements, pendait en dehors jusqu'à l'ouverture vulvaire. Le conjugué diagonal mesurait de 75 à 80 millimètres ; la tête était au détroit supérieur. Voilà ce que j'ai constaté à mon arrivée, et qui suffisait à tracer ma conduite en pareil cas. Après une soigneuse désinfection, j'endors la patiente et je m'apprête à la perforation avec le céphalotome courbe de Smellie. Ayant retiré l'instrument et après de vains efforts pour accrocher l'ouverture que j'avais faite afin de défléchir la tête, j'applique le céphalotribe Guyon et il sort sous la pression des cuillères une partie de la substance cérébrale. Après une traction assez courte à cause de la préhension qui n'aurait pu tenir longtemps, la tête est défléchie. J'enlève alors le céphalotribe Guyon et j'introduis dans l'ouverture du crâne le perforateur du basiotribe Tarnier et bientôt après la branche gauche. J'obtiens ainsi le petit broiement, mais (ce qui arrive presque toujours) il est très petit et je n'ai ressenti aucune résistance pendant que je fixais le crochet de la branche au manche du perforateur. Ensuite j'applique la deuxième branche ou branche droite,

et l'appareil compresseur, qui fonctionne toujours parfaitement, fit sortir le reste de la substance cérébrale et écrasa avec force les os du crâne. L'extraction a été prompte et facile sans déchirure du périnée. Après cela, j'introduis la main et j'extrais le placenta, car l'utérus inerte saignait et la patiente n'était guère en état de perdre encore du sang. Ayant fait une irrigation intra-utérine à 50° avec une solution de sublimé corrosif à 1 0/00, je tamponne l'utérus et le vagin selon la coutume avec de la gaze iodoformée. La fille que je venais d'extraire pesait 4300 grammes, atteignait une longueur totale de 50 centimètres, et de 30 centimètres depuis le vertex à l'ombilic. J'ai fait sur le champ le modèle en plâtre de la tête écrasée avec l'instrument en place. Les suites de couches furent normales ; après dix jours la patiente quitta le lit ; au quinzième jour elle reprit, au moins en partie ses occupations de blanchisseuse.

C'était la troisième basiotripsie que je faisais pour grand rétrécissement du bassin, et cette fois encore le résultat de l'opération ne pouvait être plus satisfaisant. Il s'agissait d'un bassin plat et rachitique généralement rétréci, mais particulièrement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. J'ai mesuré, ainsi que je viens de le dire, le conjugué diagonal de 75 à 80 millimètres, mais comme le bassin est un peu incliné, je pense qu'il faut déduire plus d'un centimètre et demi pour obtenir le diamètre minimum. Le promontoire avait une forme acuminée et sa pointe me parut se trouver sur sa ligne médiane. Au moment où j'ai extrait avec la main le placenta, adhérent en grande partie au fond de la matrice, j'ai pu remarquer que la main passait à peine au travers de l'entrée de la cavité pelvienne. En effet je n'avais pas réussi avant l'opération à porter la main dans l'aire du détroit supérieur, ce qui m'aurait permis de constater avec plus d'exactitude le degré d'étroitesse de la cavité. D'asymétrie pelvienne point, quoique j'eusse lieu de la soupçonner au moment de l'opération, la microcorde gauche m'ayant paru plus petite que celle de droite. De fait la

moitié gauche de l'aire du détroit supérieur était vide en grande partie, ce qui donnait sujet de croire que la tête avait trouvé une position plus aisée dans la moitié droite. Pourtant après un examen rigoureux de l'attitude de la tête et de sa position on comprenait que celle-ci était très fléchie et quelque peu enfoncée vers la fosse iliaque droite. Un peu à droite (ou si vous aimez mieux à ma gauche en regardant la patiente) de la ligne moyenne de l'ouverture supérieure de la petite cavité pelvienne on touchait la fontanelle postérieure ; la suture sagittale se trouvait à peu près parallèle à la paroi latérale antérieure du petit bassin, vers laquelle elle était tournée. La face était fortement serrée contre la paroi thoracique antérieure. Les pariétaux chevauchaient, et le pariétal antérieur posait sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. La perforation tomba sur le pariétal antérieur à peu de distance de la suture sagittale qui en fut nécessairement atteinte. Dans cette posture l'application des branches du basiotribe aurait été malaisée et sans succès : il fallait tâcher de défléchir la tête : j'ai introduit dans l'ouverture du crâne d'abord le doigt et puis un instrument à T mobile dans sa branche transversale et qui fonctionne comme le tire-tête de Danavra ; tout cela n'eut point de succès. Enfin je parvins à mon but par l'application du céphalotribe Guyon et ensuite du basiotribe Tarnier. La préhension par ce dernier instrument, faite un peu dans le diamètre oblique, ne pouvait être plus forte, plus sûre, et mieux postée. Sous la traction l'instrument a tourné tout seul de manière que sa courbure pelvienne est venue en avant.

Pour compléter mes recherches anamnestiques et l'examen objectif de la malade, j'ajouterai ici quelques notices. V. R... a commencé de marcher assez tard, seulement à trois ans, et jusqu'à l'âge de vingt ans elle s'était mal tenue sur ses jambes. Elle n'est pas boiteuse, et son allure n'est point du tout vacillante. Ses parents se souviennent que, pendant son enfance, elle avait toujours le ventre très gros et que, assujettie de bonne heure, ainsi que je l'ai dit, aux

travaux de son métier, elle devait porter sur ses épaules de lourds fardeaux. Toutefois le sacrum ne me parut pas descendre entre les îles, ni tournée, et les épines iliaques postérieures-supérieures ne me semblèrent pas non plus descendues plus en bas de la fossette lombaire. De prime abord la femme ne présente aucune marque évidente de rachitisme, hormis un petit raccourcissement des extrémités inférieures et un léger renflement de quelques extrémités épiphysaires. Ainsi l'on trouve un peu grossies les régions malléolaires avec proéminence des malléoles internes et avec l'attitude du pied comme dans le pied valgus. Du reste, point de déviation de la colonne vertébrale ; point de dépression du sacrum ; les bosses pariéto-frontales, ni les maxillaires ne présentent aucune proéminence ; nulle courbure n'est à remarquer dans les extrémités inférieures. Le bassin est un peu incliné ; la hauteur de la symphyse pubienne est d'environ quatre centimètres.

Hauteur de la personne......... mètre	1.390
Diamètre biacromial.................	0.355
Circonférence pelvienne..............	0.830
Écartement des épines iliaques antérieures-supérieures..................	0.230
Écartement des crêtes iliaques (environ)	0.227
— grands trochanters....	0.302
Conjugué externe.....................	0.173
— diagonal......................	0.073
— minimum......................	0.060

D'après tout ce qu'on vient de dire, on doit conclure que dans ce cas, malgré le manque de symptômes réels de rachitisme sur le squelette, il s'agissait bien d'un type grave de déformation rachitique du bassin. C'est-à-dire d'un bassin rachitique aplati, uniformément rétréci, avec rétrécissement maximum au niveau du diamètre conjugué du détroit supérieur.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE

(*Suite et fin.*)

Par **E. Bumm** (1).

Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

b) *Endométrite septique avec infection générale consécutive.*

Je n'ai eu malheureusement pour étudier cette forme de l'endométrite, que 5 utérus. Dans trois, l'infection avait suivi la voie lymphatique, dans les 2 autres la voie vasculaire.

Parmi les cas d'*infection lymphatique* il en est un remarquable par l'extrême rapidité de son évolution (mort déjà au 4e jour, après un accouchement spontané, et avec les symptômes de la péritonite septique à streptocoques). L'état anatomique observé cadre bien d'ailleurs avec la marche foudroyante de l'infection.

L'examen macroscopique ne révèle rien de spécial sur l'utérus. A la coupe, la paroi utérine paraît régulière, pas d'espaces lymphatiques contenant du pus, pas de thromboses veineuses. L'endométrium présente une couche très adhérente, d'épaisseur variable, gris blanc, qui existe aussi au niveau des plaies du col et à l'orifice du vagin. La surface séreuse de la matrice est recouverte de dépôts fibrineux. Il en surnage de semblables dans l'exsudat péritonéal jaune clair, d'ailleurs limpide. Ce liquide, le sang, la rate, le foie, les reins et l'endométrium fournissent de riches cultures de streptocoques.

Examen microscopique. — La muqueuse qui, çà et là, présente encore des restes de la couche spongieuse, est également semée de streptocoques (en culture pure) et nécroti-

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, juin 1892, p. 440.

que. On reconnaît que la couche gris blanc observée à l'examen macroscopique est constituée par la caduque. Les coccus sont tantôt disposés en couches minces, tantôt développés en colonies importantes. Quant à la zone de réaction, c'est à peine si l'on en découvre en certains points quelques vestiges ; en tout cas, elle n'est en rien comparable à celle qui se produit dans l'endométrite localisée. Souvent, les accumulations de cellules rondes manquent complètement, et le tissu nécrotique se continue alors sans démarcation distincte avec le tissu voisin. Précisément, en ces points, les streptocoques pénètrent dans la paroi musculaire, ils la traversent simplement. Il semble que des foyers de germes situés à la surface, la pullulation des coccus pousse comme une sorte de réseau arachnoïdien entre les faisceaux musculaires, tantôt s'épaississant dans les grosses gaines conjonctives, tantôt se réduisant en de fines chaînettes. Le tissu conjonctif interfasciculaire est par endroits remarquablement relâché (œdème inflammatoire de Hoffa, qui ouvre les espaces lymphatiques aux coccus et favorise leur diffusion). Dans les points où l'accumulation des coccus est plus marquée, le tissu musculaire paraît trouble et en voie de dégénérescence. Dans le voisinage existe un faible amas de cellules rondes.

En certains points, on aperçoit aussi de larges espaces lymphatiques qui sont remplis d'amas de coccus. Au niveau de l'aire placentaire, la plupart des espaces veineux sont bien fermés, libres de thromboses et de coccus. Seules, quelques fines lumières veineuses au voisinage de la superficie sont le siège de thromboses légères et contiennent quelques coccus.

Si l'on envisage les choses dans l'ensemble, on voit que dans ce cas les germes infectieux partis de certains points de l'endométrium, et cheminant suivant les fins canaux lymphatiques entre les éléments des tissus, ont pénétré dans la paroi de l'utérus, et à travers celle-ci gagné la surface séreuse pour, finalement, provoquer la péritonite mortelle. Il n'est pas douteux que ce mode de propagation correspond

à celui qu'on observe dans l'érysipèle cutané, et je suis convaincu, par ces constatations histologiques, que la dénomination d' « *érysipèle interne* » proposée par Winckel, reste justifiée pour ce cas et les cas semblables, si même la distinction entre un streptocoque érysipélateux et pyogène n'est plus soutenable aujourd'hui.

Les deux autres préparations d'infection lymphatique que j'ai pu étudier, correspondent au type habituel, *la propagation de l'infection se fait par les gros vaisseaux lymphatiques.*

Entrant dans le détail, je constate ici également que la caduque dans sa couche superficielle est semée de colonies de streptocoques et dans un état de nécrose qui s'étend souvent 0,2 millim. au delà de la zone bacillaire. Aussi loin que s'étend le processus nécrotique, le tissu décidual est transformé en une masse friable dans laquelle les contours cellulaires sont mal dessinés, et où les noyaux ne sont plus visibles. Les corps cellulaires, frappés de mort, sont englobés par un fin réseau réticulaire qui ne se colore pas par la méthode de coloration de la fibrine de Weigert. Les préparations prises sur les points de la caduque, qui, à l'œil nu, paraissaient le siège de membranes montrent qu'il s'agissait en réalité de la caduque nécrosée. Elles paraissent blanchâtres, solides, semblables aux membranes diphtériques, bien qu'elles dérivent uniquement de l'action des streptocoques. Lorsque, simultanément, des germes saprophytes provoquent des phénomènes de putréfaction, les eschares sont plus molles, brunâtres, en tout semblables à des masses putrides.

La zone de réaction est partout visible, mais peu étendue. Quand la muqueuse est frappée de nécrose dans toute son épaisseur, la zone d'infiltration intéresse la couche la plus externe de la musculeuse, et on reconnaît aisément que les éléments musculaires restent entièrement passifs et que la zone d'infiltration cellulaire est due à une extravasation de leucocytes. Dans les points où une portion seulement de la

caduque participe au processus de coagulation et où la zone de réaction siège encore en partie dans la muqueuse, il est plus difficile de trancher la question du rôle des éléments fixes du tissu dans la formation de la zone cellulaire. Mais, à mon avis, les cellules fixes de la caduque restent également passives et la zone d'infiltration se constitue aussi au moyen d'éléments extravasés.

Si l'on examine un grand nombre de coupes, on réussit toujours à surprendre le passage des germes de la superficie dans les fentes lymphatiques. On voit comment une fente lymphatique, à bords coagulés, tapissée d'amas de germes, et située à la superficie, s'enfonce de plus en plus profondément dans la paroi musculaire, et l'on peut démontrer, à l'aide des coupes en séries, que cette fente lymphatique se réunit encore plus loin dans la musculeuse avec des orifices vasculaires lymphatiques, infectés. On peut sur les préparations bien colorées par la méthode de Gram reconnaître ces détails, même à l'œil nu.

L'état des vaisseaux lymphatiques infectés, dans la paroi utérine, est très variable : les étroites fentes lymphatiques sont seulement à la paroi pourvues d'une fine traînée de germes, dans le restant elles sont libres ou remplies de masses granuleuses. Dans le voisinage, rien qui rappelle une zone de réaction. Sur d'autres points, les fines fentes lymphatiques sont complètement remplies de germes, comme injectées et l'on voit alors les coccus pénétrer dans le tissu voisin, qui déjà est coagulé et constitue autour des germes comme un large ourlet. En d'autres points, l'invasion des tissus voisins est encore plus avancée. Au centre se trouve le vaisseau lymphatique rempli de coccus, et de ce foyer les germes rayonnent en traînées épaisses vers la substance musculaire. Au voisinage, on remarque déjà une zone de réaction, représentée par une accumulation de cellules rondes. L'inflammation délimitante peut, lorsque la mort arrive assez tardivement, amener la liquéfaction de toute la masse infectée et, à la faveur d'une diapédèse de globules blancs,

la transformer en une cavité purulente, qui affecte une disposition vulvaire en rapport avec la direction des vaisseaux lymphatiques correspondants. Ce que l'on a décrit comme des espaces lymphatiques remplis de pus dans la paroi de l'utérus septique ne correspond pas en réalité simplement à des espaces lymphatiques, mais à des cavités purulentes, effets de la destruction du tissu musculaire avoisinant.

L'aire placentaire présentait dans les deux préparations décrites un état différent. Sur l'un des utérus, les lumières des vaisseaux veineux sont bien fermées, en grande partie vides de sang, et non infectées. Sur l'autre préparation, il existe des thromboses veineuses plus nombreuses, et elles renferment en partie dans leur centre des colonies de coccus (forme mixte d'infection lymphatique et thrombosique). Mais sur les 2 préparations, et au niveau de l'aire placentaire, se remarquent des vaisseaux lymphatiques nombreux et importants qui tous sont remplis par des masses de coccus.

Dans les 3 cas que nous avons étudiés d'infection lymphatique, il s'est développé une péritonite septique à streptocoques et toujours les germes se sont propagés jusqu'à la séreuse par une voie directe, c'est-à-dire à travers la paroi utérine. Si ni Kellermann (1) ni moi n'avons réussi à démontrer la propagation directe des coccus de la paroi utérine à la séreuse, nous avons du moins plusieurs fois pu suivre le tissu musculaire semé de coccus et les espaces lymphatiques infectés jusqu'au voisinage de la couche séreuse. En tout cas, il est resté démontré pour ces 3 cas que les trompes dans leur moitié interne étaient libres de germes et tapissées d'une muqueuse saine. Sur des coupes heureuses, on voyait nettement comment la pullulation des coccus s'étendait dans l'infundibulum tubaire et au delà pour cesser brusquement au niveau de la portion rétrécie. Il s'ensuit que, même dans les cas d'infection septique de l'endométrium, la sténose normale constituée par l'*ostium uterinum*, remplit

(1) *Zur. Aetiolog. der. puerper. Peritonitis.* Wurzboug, 1890.

en quelque sorte l'office d'une soupape qui empêche l'invasion des germes à ce niveau.

J'incline donc à croire que d'une manière générale la péritonite à streptocoques résulte de la pénétration directe à travers la paroi utérine jusqu'à la séreuse des germes infectieux, et que la propagation par l'oviducte est absolument exceptionnelle. Cette dernière n'a lieu que lorsque la trompe a subi des altérations pathologiques et qu'elle communique déjà avec la cavité utérine par un large orifice, Dans tous les cas, l'infection s'était propagée à la portion externe de la trompe par la cavité abdominale. Le revêtement séreux de la matrice était partout semé de traînées de coccus, et les germes étaient surtout accumulés au niveau des dépôts fibrineux.

Description des deux *préparations, dans lesquelles la diffusion des germes de l'infection s'était faite par les veines de l'utérus* (forme thrombosique de la fièvre puerpérale, pyohémie puerpérale).

Les modifications au niveau de l'endométrium sont vite représentées. Dans les deux cas il s'agit d'une endométrite septico putride, *localisée*. Le revêtement décidual de la cavité utérine est semé de germes et nécrosé. Indépendamment des streptocoques, il existe de nombreux germes de la putréfaction tantôt isolés, tantôt réunis en colonies. On devait *a priori* s'attendre à la présence de ces derniers, parce que l'endométrium présentait déjà macroscopiquement un aspect graisseux, brun noir, et que dans un cas, observé 3 heures seulement après la mort, il existait une fétidité marquée. Sur le tissu nécrosé, il fut impossible de reconnaître la disposition primitive des tissus préexistants, car ils étaient transformés en une masse homogène.

La portion nécrosée est partout séparée du tissu sain par une couche épaisse de cellules multinucléées. Les germes ne pénètrent pas dans la zone de réaction nettement constituée ; la musculeuse de l'utérus paraît normale, et les vaisseaux lymphatiques et sanguins paraissent indemnes de germes.

Toutefois, l'aire placentaire fait exception à cet état. A l'œil nu, l'aire d'insertion du délivre correspond à l'aspect du reste de l'endométrium. Dans les 2 cas, le décollement du placenta s'est effectué de la façon la plus régulière, et on n'en a constaté sur la face interne de l'utérus aucun vestige. Sur la coupe, on voit de nombreuses lumières de vaisseaux, sièges de thromboses, qui se laissent poursuivre d'une part jusqu'à la surface de la muqueuse, et d'autre part jusqu'aux ligaments.

Examen microscopique de la coupe. — La couche nécrotique de la zone de réaction se comporte au niveau de l'aire placentaire exactement comme sur les autres points de l'endométrium. Des vaisseaux utéro-placentaires, les artères sont partout parfaitement rétractées, indemnes de thromboses et non infectées. Par contre, on peut étudier de la façon la plus nette sur les veines thrombosées tous les degrés de l'infection.

Les thrombus ont cette disposition anatomique connue : les globules rouges du sang sont englobés dans un réseau de fibrine finement fasciculé, dans lequel sont semés des leucocytes isolés. Dans les points où les germes se sont déjà fortement multipliés, commence une désagrégation granuleuse de la masse du thrombus. Dans la portion des thrombus qui avoisine la surface de la caduque, on rencontre, outre les streptocoques, des germes de la putréfaction. Plus profondément, dans le parenchyme utérin, on ne voit plus au niveau des thromboses que des chaînettes. En résumé, les saprophytes restent en arrière, tandis que les germes septiques pénètrent plus profondément (1).

(1) Bien que ce fait parût absolument démontré sur les deux préparations que j'ai étudiées, je me garderai de trop généraliser. J'ai déjà insisté plus haut sur cette particularité que les thrombus offrent un tissu à vitalité amoindrie, qui autorise à penser que plusieurs sortes d'organismes peuvent y trouver un terrain de culture favorable. En faveur de cette hypothèse, plaident ces cas de pyohémie où les abcès métastatiques présentent d'emblée un caractère de putridité et dans lesquels on trouve, outre les

Règle générale, l'invasion des coccus se fait suivant l'axe des thrombus. Au centre de la masse thrombosique, apparaissent les premières fines traînées de coccus, de là les germes rayonnent vers la périphérie, vers la paroi veineuse. La dégénérescence granuleuse de la masse du thrombus suit parallèlement la diffusion des germes. Au début, la paroi veineuse paraît normale, mais, à mesure que les germes se multiplient, elle s'infiltre de cellules rondes. Celles-ci envahissent la lumière du vaisseau qui, finalement, renferme un détritus complexe, des restes de la masse du thrombus, des leucocytes et des germes. Enfin, sur certaines veines, on peut constater les premiers degrés de la multiplication des germes dans la paroi de ces vaisseaux.

Sur l'état de l'endothélium des veines, il m'a été impossible de me créer des notions précises. Il semble cependant qu'avec les progrès de l'infection, il soit frappé de nécrose. Sur les deux préparations, les veines des ligaments larges sont également le siège de thromboses infectées. Elles donnent les mêmes figures que les thromboses observées sur la paroi utérine.

III

Coup d'œil général sur les résultats obtenus — Dans nos observations, nous avons toujours retrouvé une même lésion : *la couche superficielle de l'endométrium sur laquelle les germes s'implantent primitivement et dans laquelle ils*

streptocoques, des germes de la putréfaction. En ce qui concerne la forme lymphatique de l'infection puerpérale, la proposition suivante formulée par Widal : « *la muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre, qui laisse seulement passer le streptocoque pyogène, à l'exclusion des autres microbes contenus anormalement dans la cavité de la matrice* » s'applique sans doute sans restriction, mais, à l'heure actuelle, et pour la forme thrombosique, son application comporte des réserves.

se développent plus complètement est frappée de nécrose — elle se transforme en eschare. Tel est le caractère anatomique commun à tous les cas, voici maintenant où les différences s'accusent.

Dans l'endométrite septique, mais localisée, la couche à germes et nécrosée est séparée des tissus sains par une zone de réaction, épaisse paroi formée de cellules rondes. On observe pareille condition anatomique dans la forme thrombosique de la fièvre puerpérale. La paroi de granulation protectrice est ici également bien développée ; les germes ne pénètrent pas plus loin, si ce n'est au niveau de l'aire placentaire où les thromboses veineuses fournissent un milieu nutritif favorable à leur développement.

Cette paroi granuleuse est bien moins développée dans les cas où la diffusion des germes se fait par la voie lymphatique ; elle fait presque complètement défaut dans les formes sévères de la septicémie, où les coccus partis de l'endométrium, et semblablement à ce qui se passe dans l'érysipèle cutané, traversent simplement la paroi utérine.

Les germes sont toujours les mêmes, il s'agit dans tous les cas du streptocoque septique.

Comment expliquer les différences observées ? Bien qu'il s'agisse toujours des mêmes micro-organismes, toujours de la même plaie puerpérale, l'infection dans un cas reste localisée, dans un autre elle se généralise, les germes infectieux se diffusant tantôt par les vaisseaux lymphatiques, tantôt par les vaisseaux sanguins.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ces différences s'expliquent ainsi : *tout démontre que la cause de l'évolution diverse de l'infection réside dans l'agent morbigène, dans les bactéries.*

Le *nombre* des micro-organismes n'a qu'une influence tout à fait secondaire. Tout au moins, je n'ai pas trouvé de différences notables dans le *nombre des micro-organismes* occupant la zone nécrosée dans les formes bénignes ou malignes.

D'autre part, c'est un fait bien connu, que les plus petites quantités de substance toxique peuvent, avec des plaies très minimes, donner lieu aux formes les plus sévères de la septicémie.

Reste le *degré de virulence* des bactéries. Widal (1) et Chantemesse (2) ont étudié ce point spécial, sur lequel je me suis étendu beaucoup moi-même dans un travail antérieur (3). Ce que l'on doit entendre par virulence, ainsi qu'il ressort des recherches de Smirnow (4), n'est pas une propriété spéciale, indépendante des autres fonctions vitales des bactéries — quelque chose comme une faculté de sécrétion de poison, etc. — mais un accroissement de la force de résistance des bactéries, une exagération de la puissance de toutes leurs fonctions vitales, qui permet aux agents pathogènes une fois qu'ils ont pénétré dans l'organisme de résister victorieusement à l'action défavorable des humeurs et des tissus et de se multiplier en dépit d'elle. Bouchard (5) s'est exprimé de la façon suivante sur les modifications des tissus au niveau de la porte d'entrée de l'infection par rapport à la virulence des agents infectieux : « Si l'immunité est nulle ou si la virulence est excessive, la lésion locale peut faire défaut, l'infection est d'emblée générale ; si l'immunité est absolue ou si la virulence est nulle, la lésion locale peut faire défaut, mais l'infection générale manque également ; si l'immunité est relative ou si la virulence est modérée, il y a grande chance pour qu'il se produise une lésion locale et, dans le cas où cette lésion locale sera effectuée, l'infection générale sera épargnée ; elle apparaîtra, au contraire, s'il n'y a pas

(1) *Eod. loc.*

(2) *Arch. de toc.*, 1890, XVII, p. 623.

(3) *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV, Hft 3.

(4) *Zeitsch. f. Hygien.*, 1884, VI.

(5) Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses. *Compt. rend. de l'Acad. des Sciences*, 1889, 109, p. 691.

eu de lésion locale ». Or, les lésions observées sur l'endométrium cadrent bien avec ces propositions.

Ce n'est qu'en seconde ligne que se place l'influence des conditions anatomiques locales sur la diffusion des microorganismes.

C'est une notion banale que l'infection septique généralisée est une éventualité rare à la suite des fausses couches, tandis que l'endométrite est une de leurs complications assez fréquentes. Il faudrait rechercher la cause de ce fait dans le peu de développement des vaisseaux sanguins et lymphatiques aux premiers mois de la grossesse (Chantemesse).

Par contre, consécutivement aux grossesses gémellaires et au défaut de rétraction de la matrice, l'infection septique généralisée s'installe plus facilement. D'autre part, sur les 3 préparations provenant d'infection lymphatique, je constatai au niveau de l'aire placentaire des espaces lymphatiques en si grand nombre que j'incline à penser que, même dans les conditions physiologiques, le système lymphatique doit être plus fortement développé dans cette région de l'utérus que dans les autres. Il est possible d'ailleurs que la rétraction de la paroi utérine soit plus imparfaite au niveau de l'aire placentaire, et que ce soit là une condition favorable à la pénétration des germes dans les larges espaces lymphatiques.

Mais où je crois que les conditions anatomiques locales ont une importance évidente sur la diffusion des germes, c'est dans la forme thrombosique de la fièvre puerpérale.

Cette forme de septicémie puerpérale, si on la compare à la forme lympho-septicémique, est relativement bénigne. A cause d'un défaut de contraction et de rétraction de l'utérus, les veines ne sont pas, comme il le faudrait, oblitérées simplement par l'accolement de leurs parois, mais par des masses thrombosiques. Or, ces masses contenant des tissus morts ou du moins non organisés, constituent un milieu nutritif, un terrain favorable sur lequel les germes infectieux peuvent se propager au delà du foyer primitif.

En terminant, une remarque : Nul, plus que moi, n'a parfaite conscience que mes recherches sur les conditions histologiques et bactériologiques de l'endométrite puerpérale, offrent de grandes lacunes. Je les ai néanmoins publiées, d'une part, parce que j'ignore si je disposerai bientôt des matériaux nécessaires pour m'efforcer de les combler et, d'autre part, pour susciter de nouvelles recherches sur la question. Que d'intéressants matériaux restent inutilisés ! Ce n'est pourtant qu'à force de recherches bactério-histologiques prolongées qu'on pourra arriver à rectifier les classifications artificielles, schématiques encore acceptées aujourd'hui, qu'on réussira à voir clair dans la symptomatologie si protéique de la fièvre puerpérale et à établir des divisions conformes à la réalité. Widal, dans son travail maintes fois cité, a adopté une classification nouvelle, qu'il a basée sur le mode d'action des germes morbides sur les tissus : a) *suppurée,* b) *diphtéritique*, c) *septicémique.* Il m'est impossible, d'après les notions acquises jusqu'ici, de juger décisive la raison de cette classification, aussi j'ai conservé pour le moment la division ancienne qui, elle, a pour base la notion du mode de diffusion de ces germes, de la voie qu'ils suivent pour envahir l'organisme (1).

(1) Au travail de Bumm sont annexées plusieurs planches coloriées qui figurent bien les constatations bactério-histologiques faites par l'auteur.

REVUE CLINIQUE

DEUX CAS DE MONSTRUOSITÉS FŒTALES

Par le Dr **Toujan** (de Toulouse).

I. — HYDROCÉPHALE. — PHOCOMÈLE. — ECTOMÈLE.

Le 27 novembre dernier, à onze heures du soir, Mlle Sacrère, sage-femme à Castanet, me faisait prier d'aller terminer un accouchement au village de F..., situé à quinze kilomètres de Toulouse.

La parturiente, Mme R..., âgée de 28 ans, multipare, était à sa quatrième couche.

Les premières avaient donné naissance à un enfant qui mourut quatre ans plus tard sans avoir jamais ni marché, ni parlé. Sa tête dépassait le volume normal.

Les deuxièmes couches avaient été gémellaires. L'un des deux jumeaux ne vécut que deux mois. L'autre jumeau et l'enfant des troisièmes couches sont vivants et bien portants.

Mme R..., rude paysanne, de taille au-dessus de la moyenne, fortement charpentée, n'avoue aucun antécédent pathologique ou spécifique.

État de la mère. — A mon arrivée, je trouvai la parturiente dans le décubitus dorsal, en travail depuis scixante heures.

La poche des eaux s'était rompue vingt heures auparavant. Se trouvant seule chez elle, Mme R..., croyant à l'expulsion très prochaine de l'enfant, avait appelé au secours. Respiration facile, pouls à 100 pulsations, ventre en besace.

État du fœtus. — L'auscultation du cœur fœtal ne me donne aucune indication, je ne pus parvenir à l'entendre. La mère me raconta alors qu'elle avait reçu quinze jours auparavant un coup de tête de bœuf dans la région abdominale, tandis qu'elle se rendait à une fontaine voisine.

Cet accident avait été suivi de troubles nombreux. Le fœtus était mort.

Au toucher vaginal, je sentis une tumeur molle, fluctuante, située à trois centimètres en arrière de l'anneau vulvaire, tumeur qui pouvait être facilement prise pour une bosse séro-sanguine. En avant, je constatai qu'elle occupait l'excavation entière.

Je me demandai si je ne me trouvais pas en présence d'une présentation de l'abdomen ou plus simplement d'une dilatation de la vessie.

Mon hésitation ne fut pas de longue durée. Je pus, avec l'index et le médius de ma main droite, pénétrer au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche contre laquelle je sentis, en inclinant mes doigts en forme de crochet, une oreille et l'angle du maxillaire inférieur du fœtus. Je trouvais, en outre, une fluctuation de la tête avec l'allongement caractéristique de la dolicocéphalie.

Je diagnostiquai une hydro-dolicocéphalie en position occipito-iliaque gauche antérieure, en rotation non terminée.

Je devais intervenir. Après avoir pris toutes les mesures de l'antisepsie la plus rigoureuse, je fis une application du forceps Tarnier.

Pour cela, j'introduisis d'abord ma main droite qui servit de guide protecteur à la branche gauche de l'instrument jusqu'à la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette branche était en rapport avec la tête du fœtus de telle façon que l'oreille fœtale était dans la fente.

La branche droite, occupant une position analogue de l'autre côté de la tête, était en rapport avec le ligament sacro-sciatique.

Le forceps était ainsi enfoncé jusqu'à la poignée et les branches de traction se perdaient sur le quart antérieur du plancher périnéal. Je les fixai avec le manche à verrou sans aucune difficulté.

Le temps principal de l'application du forceps ainsi terminé, il ne me restait plus qu'à extraire la tête sans l'endommager et sans causer de lésions des parties maternelles.

Assis sur une chaise, j'exerçai, dans l'axe du bassin, des tractions lentes et mesurées correspondant à chaque contraction nouvelle de l'utérus.

Après cinq ou six efforts, j'aperçus une partie du cuir chevelu se présentant en forme d'ampoule à l'orifice vulvaire.

En ce moment je pratiquai une petite rotation d'un demi-quart de cercle. Malheureusement, le forceps menaçait de lâcher prise. Je prévoyai même le moment où les branches allaient déraper. Je

n'ai pas attendu davantage. J'ai désarticulé l'instrument et je l'ai enlevé pour en faire une seconde application.

L'opération terminée, j'ai pu extraire la tête et le corps du fœtus sans dommage pour la mère. M[lle] Sacrère, en aide intelligente et avisée, soutenait le périnée pour éviter autant que possible toute déchirure.



La délivrance opérée, je procédai à un abondant lavage, au bichlorure de mercure en solution au millième, des organes génitaux internes et externes.

L'intervention et l'accouchement n'avaient pas duré plus de trente minutes.

Examen du fœtus. — Le fœtus présentait un double cas de

monstruosité. Ayant demandé et obtenu l'autorisation de le garder, j'ai pu l'examiner à mon aise.

Je l'ai porté, dès le lendemain, à la Faculté de médecine où M. le Dr Charpy, le savant professeur d'anatomie, voulut bien nous consacrer une partie de sa leçon à l'amphithéâtre.

Voici sa description :

Poids : 2300 grammes. Longueur totale : 0,54 centimètres.

Tête. — Circonférence de la tête........		0,49	—
Diamètre occipito-frontal......		0,165	millimètres
—	bitemporal..........	0,110	—
—	occipito-mentonnier..	0,120	—
—	bifrontal...........	0,100	—

Le crâne était rempli d'un liquide, ressemblant à de la bouillie sanguinolente, décomposé. Le cuir chevelu était très résistant ; les fontanelles présentaient un écartement considérable. L'antérieure n'avait pas moins de 0,08 centimètres de longueur. Les deux pariétaux chevauchaient l'un sur l'autre.

Exophtalmie à droite.

Cou. —	Longueur du cou..............	0,058	millimètres
	Circonférence..................	0,160	—
Thorax. —	Diamètre bi-acromial..........	0,090	—
	Grande circonférence thoracique.	0,30	centimètres
	Grand diamètre transversal.....	0,10	—
	Diamètre antéro-postérieur.....	0,06	—
Bras gauche. —	Longueur.................	0,065	millimètres
Avant-bras gauche. —	Longueur..........	0,045	—

Main gauche. — Trois doigts, le plus externe double portant deux ongles très marqués à la hauteur de la phalangine.

Bras droit. — Longueur 0,058 millimètres. Il est remarquable par sa brièveté, les malformations sont portées à un plus haut degré qu'à gauche.

L'avant-bras est complètement absent et la main malformée semble s'attacher directement sur le bras, ce qui donne à l'ensemble du membre supérieur l'aspect saisissant d'une nageoire.

La main droite possède quatre doigts, les deux derniers en syndactylie.

Les organes génitaux sont normaux et du sexe masculin.

Les membres inférieurs semblent bien conformés.

Le reste du corps était couvert de plusieurs plaques de sphacèles de différentes dimensions indiquant une mort déjà éloignée.

L'orifice anal laissait filtrer une certaine quantité de méconium.

Il y avait donc à la fois, hydrocéphalie, phocomélie et ectromélie.

Il m'a été impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, de découvrir une cause quelconque pouvant expliquer la pathogénie d'une semblable malformation. Le trouble d'évolution qu'ont subi les membres supérieurs, ne saurait être rattaché, cela va sans dire, au traumatisme du dernier temps de la grossesse, car l'évolution et la formation de ces parties s'accomplit à une époque bien antérieure. C'est vers la quatrième semaine que se détache du tronc le bourgeon qui doit former le membre supérieur ; à l'extrémité se dessinent les bourgeons digitaux dont la division s'effectue vers le second mois de la vie intra-utérine. En sorte que toute cause susceptible de troubler l'évolution normale des membres, doit agir dans les deux premiers mois et l'on ne saurait légitimement invoquer un accident survenu plus tard.

Je ne parle que pour mémoire des impressions morales, des objets vus, redoutés ou désirés, toutes causes dont l'influence va tous les jours diminuant, et dont nous ne pourrions nous expliquer le mode d'action.

Parmi les causes capables d'altérer le plus profondément la formation normale des membres supérieurs, je dois citer les adhérences qui se font entre ces bourgeons embryonnaires et les membranes de l'œuf. L'atrophie, le défaut de division des bourgeons (syndactylie), la fusion des deux bourgeons voisins en un seul (ectrodactylie) sont la conséquence presque certaine de ces adhérences embryo-amniotiques.

Quant à apprécier les causes plus éloignées qui ont pu amener ces adhérences elles-mêmes, nous devons avouer ici notre impuissance, et dire qu'en dehors des traumatismes, d'une influence héréditaire, encore mal appréciée, nous ne savons absolument rien. La syphilis ne paraît pas, plus qu'un autre vice constitutionnel, être un facteur fréquent des

malformations, à moins cependant, que la conception ait lieu dans une période très virulente de la maladie, sinon les fœtus hérédo-syphilitiques, sont cacochymes, vieillots, mais généralement exempts de malformations.

Dans le cas que je viens de rapporter, aucune des influences connues ne paraissait avoir exercé une action spéciale.

Seule l'hydrocéphalie et l'absence de développement intellectuel du premier né semblent indiquer chez les procréateurs, peu développés eux-mêmes au point de vue intellectuel, une tendance à donner le jour à des enfants à système nerveux défectueux, peu développé ou malformé.

II. — PARENCÉPHALIE AVEC MALFORMATIONS MULTIPLES

Le 20 novembre 1891, vers onze heures du soir, Mme Tailland, sage-femme, me priait de l'assister auprès de Mme Suzanne B..., en travail depuis neuf heures du matin.

La poche des eaux était rompue à deux heures de l'après-midi. A mon arrivée, j'aperçus la parturiente dans le décubitus dorsal, laissant voir, entre ses cuisses, les trois quarts du corps d'un fœtus en présentation du siège, dos en arrière.

Mme Suzanne B... me parut bien constituée et de bassin normal. J'ai su plus tard qu'elle avait marché à dix-huit mois, avait été réglée à onze ans et avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque de son mariage survenu le 23 mai dernier. Les règles avaient apparu pour la dernière fois un mois jour pour jour après le mariage.

Accouchement. — Au moment d'intervenir, je remarquai, couvrant les grandes et les petites lèvres, une véritable pléiade de taches et de plaques de mauvais aloi sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

J'introduisis, pour atteindre le cou du fœtus, l'index et le médius de ma main droite dans le vagin, au niveau de la fourchette, tandis que de ma main gauche, je soulevai les deux pieds déjà expulsés et pendants au dehors. Cette manœuvre était à peine commencée, avec toute la douceur et la lenteur désirables en pareil cas, qu'à ma grande stupéfaction le tronc se détacha de lui-même et tomba, retenu seulement par le cordon ombilical demeuré intact.

Ce cordon sectionné, j'allai à la recherche du placenta et de la tête fœtale qui étaient restés dans la cavité utérine.

A l'aide du spéculum à large valve de Collin, éclairé par une simple lampe et guidé par le cordon, je vis successivement : le col de l'utérus toujours en dilatation, la partie placentaire, à laquelle adhérait l'extrémité supérieure du cordon et une petite masse blanchâtre qui me parut être l'ovoïde céphalique.

Que devais-je enlever tout d'abord ? Le placenta s'engageant le premier, mon hésitation ne pouvait être de longue durée. Je le saisis avec la pince à faux-germe de Pajot et l'amenai, en le détachant du segment inférieur de la muqueuse utérine auquel il adhérait.

Quant à la tête, je la fixai, sans aucun effort, avec le crochet souple de Delore, de Lyon, et m'aidant de la pince à faux-germe, par un mouvement de traction, je pus l'extraire sans causer la moindre lésion des parties maternelles.

Je terminai l'accouchement par un large lavage antiseptique au bichlorure de mercure des organes génitaux internes et externes de la parturiente.

État de la mère. — J'ai mentionné l'existence de plaques et de taches couvrant les grandes et les petites lèvres de Mme Suzanne B...

La délivrance achevée, j'examinai plus attentivement la malade. Les ganglions de l'aine étaient saillants et douloureux, ceux de la région cervicale et sous-maxillaire faisaient également saillie ou, plus exactement, présentaient une induration prononcée, caractéristique. A la bouche la lèvre inférieure portait, à gauche, la cicatrice d'une ulcération relativement récente. Enfin Mme B... me parut manifestement avoir perdu la plus grande partie de ses cheveux.

Je cherchai autour d'elle, des renseignements qui pouvaient confirmer le diagnostic de syphilis secondaire qui me paraissait évident.

J'appris que la parturiente avait été couverte d'une éruption analogue à celle de la roséole, que ses cheveux étaient effectivement tombés en quantité considérable.

Enfin son mari m'avoua s'être marié atteint de syphilis, porteur d'un chancre induré et unique à la lèvre inférieure. Il avait encore des plaques muqueuses dans la bouche, comme sa femme du reste, et sa gorge présentait au niveau des piliers antérieurs, l'inflammation caractéristique en forme de cœur de carte à jouer.

Le diagnostic se confirmait, et l'accouchement prématuré de Mme B... avait été provoqué par son état pathologique spécial.

Autopsie du fœtus. — Le fœtus, de six mois et demi environ, me parut mort depuis une quinzaine de jours, laps de temps pendant lequel sa mère, qui ne le sentait plus remuer, subit des troubles profonds.

Il portait sur le corps des marques évidentes de putréfaction au début, taches bleuâtres, ulcérations sur les fesses.

Dans ces conditions, ne pouvant songer à le garder davantage, je résolus, quoique l'heure fût avancée (minuit et demi), d'en faire sur-le-champ l'autopsie.

Il pesait 2200 grammes, mesurait quarante-trois centimètres de longueur et vingt centimètres de circonférence thoracique.

Voici le résultat de la nécropsie :

Tête. — La tête était bien au-dessus du volume normal d'un fœtus de cet âge ; en la saisissant entre les mains, on sentait une masse pleine de liquide, prenant la forme aplatie par une légère compression. La face était lisse, on aurait dit que la figure était recouverte d'un voile; on ne constatait aucune trace des ouvertures buccale, nasale et oculaire.

En ballottant la tête, on percevait le bruit d'un choc de liquide contre les parois.

A l'ouverture du crâne, pratiquée avec de simples ciseaux, il s'est écoulé environ 150 grammes d'un liquide séro-sanguinolent. Le cerveau manquait dans sa presque totalité. Des vestiges du chiasma des nerfs optiques existaient. Le lobe gauche du cervelet était à moitié apparent, à l'encontre du lobe droit qui était absent. Le bulbe paraissait entièrement formé.

Cou. — La tête était reliée au thorax par un pédicule de trois centimètres de long sur quatre centimètres d'épaisseur contenant deux carotides, deux jugulaires d'un calibre très petit, entourant un cordon qui me parut un reste de l'œsophage.

Des vertèbres cervicales, on ne voyait que l'axe antérieur de l'atlas.

Thorax. — Poumons incomplètement développés, lobe supérieur absent.

Cœur. — Le cœur gauche seul existait. La veine cave inférieure se bifurquant à quatre centimètres du cœur en deux branches, l'inférieure allant au trou de Botal, la supérieure s'abouchant avec

une crosse aortique de cinq centimètres de long sur deux de large en son plus grand diamètre.

Le diaphragme est représenté par deux petites lames à la base du thorax.

Abdomen. — Les intestins sont constitués par un tube renflé à sa partie supérieure, renflement représentant probablement la poche stomacale et se terminant, après plusieurs circonvolutions, dans le bassin.

Foie. — Le foie est excessivement développé, remplissant presque toute la cavité abdominale.

Organes génitaux. — Les organes génitaux sont du sexe masculin et bien conformés.

Telles sont les remarques que j'ai pu faire au cours de cette autopsie hâtive mais consciencieusement pratiquée.

Je dois déclarer, en terminant, que les suites de couches ont été très heureuses et complètement apyrétiques.

Un traitement antisyphilitique, institué dès le lendemain, a déjà donné d'excellents résultats.

Mme B... s'est levée pour vaquer à ses occupations ordinaires le dix-huitième jour après sa délivrance.

Tels sont les deux cas de monstruosité qu'il m'a été donné d'observer dans la même semaine. Dans cette dernière observation, c'est-à-dire chez Mme B..., l'influence combinée de la syphilis du père et de la syphilis de la mère doit seule être incriminée. L'action virulente de la maladie s'est traduite chez l'enfant par des malformations multiples dont l'atrophie des bourgeons de la face est le trait le plus saillant.

Il est donc légitime de dire, en manière de conclusion, et d'après les deux observations que je viens de rapporter, que si la syphilis des procréateurs, déjà ancienne, atténuée par conséquent, tue le fœtus en apportant un obstacle grave à la nutrition, la syphilis précoce, virulente, entrave le développement d'une façon si considérable que l'évolution normale s'en trouve enrayée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1892.

Fistules recto-vaginales.

M. Routier, après avoir insisté sur les difficultés de l'oblitération de ces fistules, après avoir montré les divers inconvénients des procédés vantés dans ces derniers temps, en particulier par MM. Le Dentu, Quénu, etc., cite l'observation suivante : Une femme, âgée de 23 ans, ayant présenté une déchirure du périnée après un accouchement par le siège, subit une périnéorrhaphie. Le périnée étant très épais, la restauration se fit très bien en bas, mais manqua dans le haut. Il en résulta une fistule située au-dessus du sphincter, à 1 centimètre 1/2 de la vulve ; puis une rectite avec débâcle glaireuse se déclara. Dans ces conditions, on opéra d'abord cette malade par l'avivement simple de la suture de la fistule. Insuccès complet. C'est alors que M. Routier vit la malade et l'opéra, le 7 décembre 1891, par le procédé de M. Félizet. Il n'obtint qu'un résultat pitoyable. Il dut alors faire la section du périnée et une périnéorrhaphie, après résection des bords de la fistule. Guérison. Cette observation démontre qu'en somme le meilleur procédé de traitement pour les fistules recto-vaginales est la périnéorrhaphie et que le procédé de M. Félizet lui est bien inférieur.

M. Pozzi. — Le dédoublement simple du périnée sans sutures ultérieures, c'est-à-dire le procédé ancien qui remonte à Saucerotte (1801), n'a donné jusqu'ici que de notoires insuccès. A son avis, le seul traitement de ces fistules recto-vaginales est la périnéorrhaphie faite sans préoccupation de la fistule. Reste à savoir maintenant quel est le meilleur procédé de périnéorrhaphie à employer quand le périnée est compromis, c'est-à-dire quand il y a rupture sous-cutanée du périnée ; le meilleur procédé est celui de Lawson Tait, c'est-à-dire le dédoublement très large du périnée, qui ménage la région et permet cependant le déplacement et la mobilisation du rectum. La méthode de Tait est applicable dans tous les cas, mais surtout quand le périnée est

très flasque ; pourtant, quand ce dernier est solide et intact, ce procédé, quoique très hardi, est encore indiqué. Quand la fistule siège très haut, tout près du col de l'utérus, Sænger a démontré que la périnéotomie transversale permettait de les guérir, à condition de faire des décollements considérables. Dans les cas analogues à celui de M. Routier, la périnéorrhaphie pourrait peut-être être remplacée par une opération plus simple : la suture directe de la fistule par le vagin, cette suture étant faite soit par le procédé de Fristch, soit grâce à l'aide du perfectionnement indiqué par Sænger.

M. Bazy, quand il a à traiter une fistule recto-vaginale, néglige de s'occuper de la fistule et fait la périnéorrhaphie ; dans un cas où le périnée était détruit, il a employé le procédé d'Emmet ; quand le périnée est conservé, il a recours au procédé de Lawson Tait.

M. Marc Sée. — Chez une femme jeune, ayant une fistule recto-vaginale, suite d'un accouchement, mais ayant le périnée encore intact au-dessous de la fistule très haut placée et dans laquelle pouvait pénétrer l'index, il fendit en arrière le sphincter anal et se créa ainsi une large voie pour arriver sur la cloison recto-vaginale. Il put alors aviver la fistule et suturer la muqueuse rectale en fermant la fistule de ce côté ; puis par le vagin il fit de même. Il ne referma pas l'incision faite en arrière du rectum et tamponna ce dernier avec de la gaze iodoformée. La malade guérit très bien et ne présenta jamais d'incontinence des gaz.

M. Terrier a opéré, il y a plus d'un an, une fistule recto-vaginale d'une variété spéciale par un procédé qui lui semble nouveau. Il n'a pas été satisfait du résultat, mais il pense que cela est dû à ce que son opération a été forcément incomplète. Il s'agissait d'une femme présentant une collection purulente dans le petit bassin, collection communiquant d'une part avec le vagin, d'autre part avec le rectum. Il en résultait qu'à certains moments le rectum communiquait avec le vagin par une fistule très haut placée. M. le Dr Terrier résolut d'attaquer cette fistule par la voie sacrée. Après avoir dénudé le vagin et le rectum, il ouvrit la poche purulente, aperçut les orifices de communication du rectum et de la poche au fond d'un infundibulum très profond. Il fit une suture au niveau du rectum. Au contraire, au niveau du vagin, il ne pratiqua aucune suture : ce qu'il aurait dû songer à faire à ce moment-là. La

malade est restée guérie 1 mois après cette intervention ; mais une fistule survint alors, mais elle était très petite. M. Terrier est convaincu que, s'il avait fait la suture du vagin, la malade serait complètement guérie.

M. Lucas-Championnière ne partage pas l'optimisme de la plupart des auteurs sur le traitement des fistules recto-vaginales. Les malades ne se ressemblent pas du tout. Il y a des cas très difficiles, ainsi que le prouvent plusieurs opérations que cite M. Championnière. Il ne comprend pas pourquoi les auteurs hésitent à pratiquer la périnéorrhaphie dans ces cas. Le périnée ne manque jamais : ce qui manque, c'est la fistule. M. Labbé et d'autres auteurs ont fait à diverses reprises l'opération qu'a décrite M. Sée.

M. Marchand a opéré cinq cas de fistules recto-vaginales. Dans un cas, la malade opérée deux fois de suite ne fut pas guérie. Dans trois autres cas, la section du périnée donna trois guérisons.

M. Régnier a fait deux opérations de périnéorrhaphie avec succès, dans des cas analogues. Il appuie les remarques de M. Lucas-Championnière.

M. Pozzi insiste pour qu'on remarque bien la différence qu'il y a entre les diverses opérations qui ont été proposées pour la cure des fistules recto-vaginales. Pour lui, on n'est pas au même point où l'on en était il y a quelques années, quoi qu'en dise M. Championnière. On sait qu'il y a des cas qui doivent être plutôt traités par un procédé que par un autre.

M. Routier. — Les remarques formulées par M. Pozzi sont très exactes. Je n'ai cité mon observation que pour montrer l'infériorité de certains procédés et la supériorité de quelques-uns, entre autres la périnéorrhaphie.

A. B.

REVUE ANALYTIQUE

I. — DU PLACENTA

Études nouvelles sur le développement du placenta humain. (Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta), Gottschalk. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 2, p. 209.

Il s'agit d'une étude très laborieuse, dont nous analyserons seu-

lement quelques chapitres, car il nous paraît difficile de donner, ici, un aperçu suffisant de l'œuvre complète : 1) *Paroi limitante déciduale. Sinus coronaire. Circulation sanguine placentaire.* Sous le nom de « *paroi limitante déciduale* », Gottschalk désigne la portion de caduque appelée aussi « *caduque placentaire sous-choriale* » (Kölliker), « *anneau d'occlusion* », Schlussringe (Waldeyer). La sérotine forme une certain nombre de saillies, mais, en dehors de ces saillies, il s'en rencontre une plus élevée, circulaire, et qui siège au point de conjonction de la sérotine, de la caduque réfléchie et de la caduque vraie. Sur une pièce pathologique décrite par l'auteur, elle était haute de 16 millim. et épaisse de 1 à 1-2 1/2 millim.

Ce relief circulaire qui marche à la rencontre du chorion se dirige en haut et en dedans, et forme une sorte de cône tronqué, dont le sommet est constitué par le chorion et la base par la sérotine. *Histologiquement, ce relief circulaire, cette « paroi limitante » est constituée par la couche cellulaire de la caduque vraie qui borde la sérotine ;* c'est la caduque vraie, non la sérotine, qui la forme. La couche glandulaire, comprenant quelques orifices glandulaires, concourt à cette formation qu'on peut se représenter de la façon suivante : le relief décidual, en massue, développé autour de la sérotine et aperçu par l'auteur dès la première moitié du second mois de la grossesse exerce, à mesure qu'il se développe, une traction sur la couche cellulaire de la portion sous-jacente de la caduque vraie. Sous l'influence de cette traction la couche spongieuse subit d'abord un mouvement centripète vers le fœtus, mais, à la limite de son extensibilité, le tissu de cette couche cède, se déchire, et, de ce fait, il se produit, dans l'intérieur de la caduque vraie, une fente, une solution de continuité dont l'étendue est évidemment proportionnelle au degré de la traction imprimée par la couche cellulaire. Cette fente a sa plus grande largeur au pourtour de la sérotine et s'amincit de plus en plus à mesure qu'elle s'en écarte. *Ce processus de division, de lamination déciduale dans l'intérieur de la caduque vraie, conséquence de la formation de la paroi limitante, possède une grande importance relativement au développement en surface du placenta ; d'autre part, c'est à ce processus que le sinus coronaire* (Ringsinus) *doit aussi sa production.*

Sur le tiers supérieur de la paroi limitante, et sur sa face

externe se trouvaient, faiblement accolées, quelques villosités ; elles ne pénétraient pas le tissu. Or, si ces villosités s'étaient ultérieurement développées davantage, elles auraient évidemment atteint la portion marginale de la caduque réfléchie et fusionnée avec elle. En conséquence, même dans le processus physiologique, il peut se rencontrer dans la caduque réfléchie, marginale, des villosités émanées du chorion touffu.

En ce qui concerne le système vasculaire, voici ce que l'auteur a observé : sur une coupe intéressant la paroi limitante, et le tissu sous-jacent, il y avait une artère très sinueuse, qui allait en se dilatant de plus en plus à mesure qu'elle s'avançait vers l'œuf ; par contre, ses parois devenaient de plus en plus minces, et elle finissait par se résoudre en un réseau qui, à la surface de la paroi limitante, déversait le sang par quelques orifices entre cette paroi et la caduque réfléchie. Des capillaires veineux et des veines, qui se dilataient de plus en plus en cheminant vers le placenta, se réunissaient dans un espace dépourvu de parois, de forme variable, l'espace, résultant de la solution de continuité produite au niveau de la couche spongieuse par la formation de la paroi limitante et correspondant à l'angle formé par la base de cette paroi et la base de la fente adjacente.

Cet espace sanguin, au résumé, s'alimente de tout un plexus de vaisseaux veineux, et constitue le sinus commun pour les veines du bord placentaire et de la paroi limitante.

La dénomination de « *sinus marginal* », que lui ont donnée les auteurs est donc parfaitement appropriée.

L'auteur ne se range pas à l'opinion de Kölliker que presque tout le sang veineux s'écoule par le sinus coronaire. Ce sinus reçoit spécialement le sang veineux des régions périphériques du délivre ; toutefois, il est en connexion avec tous les sinus sanguins par les espaces fœtaux intervilleux. Survient-il dans un sinus sanguin des phénomènes de stase sanguine, immédiatement le sang peut trouver une issue à travers les espaces fœtaux villeux, et s'écouler dans les sinus voisins ou même dans le sinus marginal. Toute stase sanguine prolongée se trouve ainsi prévenue. En certains cas, il peut survenir, au même moment, une obstruction telle d'un grand nombre des orifices utérins de dégagement des sinus sanguins que presque tout le sang s'écoule forcément dans le sinus marginal, qui devient la voie efférente obligée.

Mais, dans les conditions ordinaires, *il est avéré que chaque sinus sanguin a ses vaisseaux afférents et efférents.* D'une manière générale, et conformément à l'opinion de Bumm, c'est le mouvement de *vis à tergo* imprimé au sang dans chaque sinus par l'ondée artérielle qui, surtout, régularise la circulation placentaire.

2) *De l'accroissement en surface du placenta.* — Hofmeier dit que « dans les tout à fait premières semaines de la grossesse, aussi longtemps que l'œuf ne s'est pas encore étalé sur une très grande partie de la muqueuse », il est vraisemblable que les couches de la caduque vraie s'étirent, se décollent et continuent la caduque réfléchie, et que, simultanément, les villosités choriales bourgeonnant s'implantent dans les couches profondes, élargissant ainsi la zone d'insertion primitive de l'œuf.

J'admets, dit Gottschalk, *ce processus, mais sous cette réserve importante, qu'il continue non seulement pendant les premières semaines de la grossesse, mais jusqu'à ce que l'œuf ait rempli complètement la cavité utérine, c'est-à-dire jusqu'au commencement du troisième mois.* La caduque réfléchie, en effet, ne peut suivre le développement de l'œuf, qu'à condition de soulever les couches superficielles de la caduque vraie et de les attirer à elle. Elle trouve ainsi les éléments nécessaires à sa propre structure et, de plus, elle facilite l'extension des villosités par la solution de continuité qu'elle produit au niveau de la couche spongieuse. On conçoit aussi que cette membrane soit plus mince, plus atrophiée au niveau du pôle de l'œuf opposé à la zone d'implantation, plus épaisse au contraire en son point de réflexion au niveau de la caduque vraie.

C'est seulement lorsque la caduque réfléchie s'accole intimement à la caduque vraie, lorsqu'aussi l'œuf remplit complètement la cavité utérine, que la caduque réfléchie est allégée dans un certain degré de la pression exercée par l'œuf, pression qui, alors, se répartit aussi sur la paroi utérine. *Alors seulement la caduque réfléchie a atteint son point de départ définitif de la caduque vraie, alors seulement aussi est terminé le rudiment de la caduque réfléchie.*

Dans la suite de la grossesse, la caduque réfléchie ne s'empare plus de tissus appartenant à la caduque vraie. Dès lors, elle se développe parallèlement à l'utérus, c'est-à-dire qu'elle s'étire et

s'amincit de plus en plus. *Seulement, avec la terminaison complète du rudiment de cette membrane, l'extension de la sérotine n'est pas complètement achevée.* L'aire de la caduque utéro-placentaire s'accroît en effet, et grâce au processus de formation de la paroi limitante, car la séparation que ce processus entraîne au niveau de la caduque vraie, favorise la pénétration et l'implantation à ce niveau de nouvelles villosités. En résumé, *l'achèvement de la sérotine coïncide avec celui de la paroi limitante.*

L'auteur, se basant sur les notions précédentes, étudie ensuite une foule de points qui ont trait à la pathologie du placenta : placenta *prævia*, placenta *marginata, succenturié,* etc., etc., et termine par une étude du chorion touffu et de ses villosités au 3e mois de la grossesse.

R. L.

L'accroissement prétendu du placenta après la mort du fœtus, dans la grossesse extra-utérine. (Oh the alleged growth of the placenta in extra-uterine gestation after the death of the fœtus.) D. Berry Hart, d'Edimboucg. *Am. J. of Obst.*, juin 1892, p. 721.

Hart cite un passage où L. Tait dit que les descriptions des auteurs établissent le fait, l'extrait d'une discussion qui eut lieu en 1887 à la Société obstétricale de Londres (*Obst.Trans.*,XXIX, p. 506 ; puis il cite Kn. Thornton (*Brit. Gyn. Journ.*, IV, p. 37, Fr. Barbour (*Gynecology*) et Bland Sutton (*Diseases of the Ovaries*) qui admet la possibilité du fait.

Mais il ne l'accepte pas lui-même. Il faudrait, dit il, avant tout, prouver :

« 1° Que le placenta, lorsque le fœtus est vivant, est distincte-
« ment plus petit que dans les cas où le fœtus est mort quelque
« temps avant l'examen.

« 2° La partie qui a continué de s'accroître doit être démontrée
« par des préparations microscopiques. »

Cette preuve n'a pas été faite.

Puis Hart discute en détail quelque cas, et donne des figures à l'appui de son dire. A. Cordes.

De la production du placenta prævia. (Die Enstehung der placenta prævia), Ahlfeld. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXI, Hft 2, p. 335.

On sait qu'Hofmeier se fondant sur les constatations faites sur

un œuf abortif, gémellaire, est arrivé à cette conclusion : *le placenta prævia n'est autre chose qu'un placenta formé aux dépens de la caduque refléchie qui correspond au pôle inférieur de l'œuf, placenta qui, ultérieurement, fusionne avec la caduque vraie du segment inférieur de la matrice.* On sait aussi que Kaltenbach a fait des constatations analogues à celles d'Hofmeier sur deux utérus extirpés pour cause de dégénérescence cancéreuse, et qu'il s'est absolument rallié à la nouvelle théorie : « *le placenta est prævia quand les villosités choriales persistent ou se reforment dans la caduque réfléchie au niveau du pôle inférieur de l'œuf;* cette anomalie placentaire est le résultat d'un processus à l'aide duquel le fœtus cherche à s'assurer l'oxygène et les principes nutritifs qui lui sont nécessaires ».

Par contre, Ahlfeld combat la nouvelle théorie et il résume, dans ce travail, ses objections de la façon suivante : *a*) l'œuf gémellaire sur lequel Hofmeier a voulu trouver la démonstration anatomique de sa théorie a été tellement lésé, qu'on est en droit de douter de la légitimité des conclusions tirées de l'état anatomique observé.

b) Si même la manière de voir d'Hofmeier s'était réalisée, c'est-à-dire qu'au bout d'un certains temps il se fût formé dans cet œuf un lobe placentaire au-dessus de l'orifice interne, ce n'eût jamais été qu'un « *placenta prævia spuria* ».

c) Vraisemblablement, il n'y aurait pas même eu formation d'un « *placenta prævia apparent* » (*spuria*), mais le tissu placentaire de la portion de caduque réfléchie située profondément se serait, dans la suite du développement de l'œuf, atrophié, et on n'aurait plus trouvé à ce niveau qu'une réflexe épaissie ainsi qu'on en observe très fréquemment à la périphérie de l'arrière-faix.

d) Quant aux deux utérus enlevés par hystérectomie vaginale pour dégénérescence cancéreuse, ils sont encore moins propres à servir de fondement à la théorie d'Hofmeier-Kaltenbach; car, il est fort probable qu'il s'agit là d'un processus de développement normal, car, d'une part, l'œuf ne s'insérait pas anormalement bas et que d'autre part la transformation du chorion frondosum en chorion lœve n'était pas terminé.

La théorie nouvelle ne permet pas d'expliquer les phénomènes les plus importantes qui se manifestent au cours du placenta prævia, elle ne fournit en effet aucune explication suffisante.

a') Du relâchement, du ramollissement du segment inférieur de l'utérus et du col.

b') De l'hémorrhagie durant la grossesse.

c') De la formation de thromboses, constatables sur l'utérus puerpéral, au niveau de l'orifice interne.

d') De l'adhérence solide, si fréquemment observée, du lobe situé le plus bas, avec la caduque.

e') De l'insertion marginale sur la portion placentaire se présentant la première, insertion si commune dans les cas de placenta prævia.

f') Des nombreuses anomalies de forme du placenta prævia.

g') De la production réitérée du placenta prævia dans les grossesses successives ; récidive si souvent relevée.

Les raisons invoquées par Hofmeier et Kaltenbach contre la théorie ancienne sont impuissantes à la ruiner.

1) La nidation primitive de l'œuf dans le voisinage et même au-dessus de l'orifice interne est parfaitement possible, parce que, dès le début de la grossesse, l'orifice externe est rétréci du fait du développement de la caduque ; il n'y a plus de sécrétion venant de la cavité utérine.

2) A mesure que s'accomplit le développement excentrique de la cavité utérine, l'œuf peut très bien se développer de bas en haut.

3) On comprend aussi que le chorion d'un œuf à insertion très basse peut se développer ultérieurement sur l'orifice interne, si l'œuf met à s'entourer de la caduque réfléchie plus de temps qu'on ne le croit en général.

4) La théorie ancienne élucide suffisamment les phénomènes qui signalent l'évolution du placenta prævia par le fait que la portion la plus basse du segment inférieur de la matrice est réellement transformée en caduque; enfin, elle explique mieux que la nouvelle les faits cliniques anatomiques énumérés de *a'* *g'*.

R. L.

Nouvelle contribution à l'étude du placenta prævia (Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta prævia), F. AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 225.

Ahlfeld relate une observation destinée à démontrer que *l'œuf s'est primitivement inséré sur le segment inférieur de l'utérus, et que le placenta de cet œuf s'est développé jusqu'à l'orifice interne.*

Obs. — Elle concerne une femme qui fut apportée à la clinique parce qu'à 8 mois environ de grossesse elle avait été prise d'une hémorrhagie abondante. Lors de son admission, on put, à travers la cavité cervicale qui admettait un doigt, sentir le tissu placentaire. L'hémorrhagie cessa sous l'influence du repos, mais, un mois après environ, elle se reproduisit à deux reprises, et la seconde fois si violente que la nécessité de faire l'accouchement s'imposa. Orifice externe admettant 2 doigts et dilatable. Immédiatement au-dessus de la symphyse, on arrive sur les membranes. Les autres points de la partie accessible du pôle inférieur de l'œuf ne donnent la sensation que d'un tissu villeux. Rupture des membranes à ce niveau, saisie d'un pied, version, extraction lente. Enfant vivant. 30 minutes après, délivrance par expulsion du placenta.'

Placenta et membranes complets. L'arrière-faix a la forme d'un triangle, dont l'extrémité correspondait à l'orifice interne. La base, longue de 17 centim., était située en haut, les 2 côtés mesurent 14,5 et 12 centim. Poids, 550 grammes, en rapport avec celui de l'enfant 3,150 gr. L'épaisseur est celle d'un délivre normal, un peu plus forte cependant au niveau de la pointe inférieure. D'autre part, cette pointe regarde vers la face fœtale, de sorte que, le délivre reposant sur une table, elle s'en écarte un peu. Cette disposition éveille l'idée qu'elle devait reposer sur l'orifice interne, et par conséquent faire un coude avec le reste du placenta inséré sur la paroi postérieure de la matrice. Le cordon s'insère dans le voisinage de l'angle supérieur droit du placenta.

Ahlfeld conclut des constatations faites, que ce placenta ne pouvait s'insérer que sur le segment inférieur de l'utérus. La pointe inférieure reposait sur l'orifice en train de s'ouvrir, car il n'existait d'ouverture du sac fœtal que dans le point au niveau duquel la main du chirurgien avait pénétré dans l'œuf. L'arrière-faix reposait sur la paroi postérieure et latérale, car, les membranes n'étaient accessibles qu'en avant, au-dessus de la symphyse. La distance de l'extrémité placentaire qui reposait sur l'orifice interne à la base du délivre était seulement de 10 centim. Et comme la hauteur totale de l'utérus était de 27-28 centim., *il s'ensuit que le tiers inférieur seulement de la paroi utérine donnait insertion à l'arrière-faix.*

Un examen pratiqué 8 jours après fournit les renseignements suivants :

Le col, presque complètement reformé, admet un doigt. L'orifice interne donne la sensation d'un anneau très distinct. Au-dessus de l'orifice, existent des masses molles, dont on enlève de quoi remplir le creux de la main (caillots sanguins, thrombus). On perçoit très nettement le siège de l'insertion placentaire. Elle occupe seulement le tiers inférieur de la paroi postérieure et des parois latérales, et circonscrit une zone d'environ 3,5 centim. de hauteur. Sur la paroi antérieure, au-dessus de l'orifice interne, la muqueuse est absolument lisse comme dans les autres régions de la cavité utérine encore spacieuse. Les thrombus arrivent jusqu'à l'orifice interne, à ce point que plusieurs, sous forme de petits polypes, proéminent dans le col. Nouvel examen 2 jours après, qui confirme les constatations précédentes.

En résumé, toutes les particularités relevées sur le placenta (dimensions, forme, distribution des vaisseaux) aussi bien que sur l'utérus en processus d'involution, témoignent que l'arrière-faix s'insérait seulement sur le tiers inférieur de l'utérus et arrivait jusqu'à l'orifice interne. R. L.

Sur le décollement prématuré du placenta normalement inséré (Ueber vorzeitige Lösung der Placenta bei normalen Sitz), M. Graefe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 2, p. 427.

On accordait jadis, dans l'étiologie du décollement prématuré du placenta normalement inséré, un rôle prépondérant au traumatisme, traumatisme qui, disait-on, avait pour effet direct ou indirect (par déchirures vasculaires, hémorrhagie, et effort sanguin) ce décollement. Plus tard, avec Winter, Veit, Fehling, Cohn-Carsten, etc., on plaça la cause principale de ces décollements prématurés dans des altérations de l'arrière-faix (altérations déciduales, etc.). De son côté l'auteur a pu également constater sur un placenta, qui était normalement inséré, et prématurément décollé des modifications pathologiques. En un de ses points et sur une étendue d'environ 10 cent. le tissu placentaire débordait d'une façon notable la ligne d'insertion des membranes. Et ce fut précisément ce lobe erratique qui se décolla primitivement. Les caillors sanguins noirâtres et solidement adhérents à ce lobe, qui de plus tranchaient vigoureusement sur les caillots récents répartis sur le reste la surface de l'arrière-faix, aussi bien que la dépression profonde qu'ils avaient produite à ce niveau, ne laissaient

aucun doute à cet égard. Ce fut là, suivant Graefe, la condition principale du décollement placentaire; quant à la cause déterminante, elle fut représentée par une brièveté du cordon qui, au lieu de la longueur moyenne de 50 cent. n'en mesurait que 31.

A l'occasion de ce cas, Graefe étudie la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la complication en question. En ce qui concerne le traitement, voici en résumé ce qu'il conseille. Que l'hémorrhagie soit interne ou externe, notre conduite doit être réglée d'après l'abondance de l'hémorrhagie. Quand elle n'est pas menaçante pour la mère, il ne faut pas, sous prétexte qu'elle peut le devenir ou que l'enfant est en danger, forcer l'accouchement. Le plus souvent, la vie de l'enfant est déjà hors de cause avant que le médecin puisse intervenir.

On doit attendre, tout en se préoccupant soigneusement de l'état de la femme. Goodel a donné le conseil de rompre les membranes, dans le double but : 1) de permettre à l'utérus, grâce à une évacuation partielle, de se contracter et de diminuer ainsi la surface saignante; 2) d'accélérer et de fortifier la mise en jeu des contractions. On a objecté à ce conseil, que cette évacuation partielle de l'utérus devait avoir pour résultat de diminuer la pression intra-ovulaire, qui s'oppose à la continuation de l'hémorrhagie, et par conséquent de favoriser la production d'une hémorrhagie interne. En réalité, il faut beaucoup tenir compte de l'activité utérine, de la régularité des contractions. Quand l'activité utérine est soutenue, que les contractions sont bonnes, on est en droit d'espérer que la rupture de la poche des eaux aura pour effet de fortifier encore l'énergie des contractions.

La poche des eaux étant intacte, on peut essayer du tamponnement du vagin, lequel est susceptible d'apporter un obstacle à un nouvel écoulement de sang au dehors. Mais il ne faut pas oublier qu'une hémorrhagie interne est à la rigueur possible, et par conséquent il importe de bien surveiller parturiente et utérus.

Dans les cas où l'hémorrhagie s'accompagne rapidement des symptômes menaçants d'une anémie aiguë, l'intervention doit être énergique : a) *accouchement forcé;* b) *opération césarienne.*

Comme le plus souvent il s'agit de multipares, les conditions sont en général assez favorables pour l'accouchement forcé. La cavité cervicale admet facilement 2 ou même 3 doigts, ce qui rend possible la version combinée. Parfois, cependant, à cause de la réni-

tence au niveau de l'utérus produite par le sang accumulé, l'action dévolue à la main abdominale est difficile à remplir. La version accomplie, il est des cas où l'extraction n'est possible qu'après qu'on a pratiqué à l'orifice externe des incisions profondes, opération qui, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, a perdu beaucoup de son ancienne gravité.

Quand les conditions sont défavorables (col long, étroit, dur, etc.) à l'accouchement forcé et que le danger est imminent, la césarienne s'impose. R.-L.

Du décollement prématuré du placenta. (Die vorzeitige Losung der Placenta von normalen Sitz). *Korrespondenzblatt f. schweizer Arzete,* 1891, n° 7, et *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 407.

L'auteur relate en détail 4 exemples de cette complication, survenue dans tous les cas vers la fin de la grossesse. Subitement, les femmes sont prises d'un sentiment de défaillance, allant parfois jusqu'à la perte de connaissance. Elles accusent de la pesanteur, de la plénitude, des douleurs, des tiraillements dans le bas-ventre. La plupart du temps, il s'écoule par le vagin du sang liquide, mais peu de sang en caillots. L'exploration digitale permet d'écarter l'hypothèse d'un placenta prævia. Le pronostic pour l'enfant est mauvais (2 vinrent morts, 5 durent être perforés). Pour la mère, il est très grave. L'une des femmes fut emportée par une abondante hémorrhagie utérine.

Les 3 autres tombèrent dans un état d'anémie profonde, dont elles se relevèrent néanmoins peu à peu. Dans 2 cas, l'accident fut précédé de traumatismes. *Dans aucun il n'y avait de l'albuminurie.* 2 fois l'auteur parvint à constater au niveau de la couche de séparation de la caduque de ces altérations qu'on étiquette : endométrite déciduale. En ce qui concerne le traitement, il consiste à terminer au plus tôt l'accouchement.

Mais, en certains cas, l'expectation est obligée à cause de l'état de l'orifice externe. Faut-il faire la césarienne ? L'auteur la déconseille, parce que d'une part l'enfant aura généralement déjà succombé et que la femme est trop faible pour supporter un traumatisme aussi grave. Le tamponnement du vagin est inefficace. Quand l'orifice externe est fermé, il faut s'efforcer autant que possible de conserver intacte la poche des eaux, jusqu'à ce qu'on puisse introduire deux doigts. A ce moment, on rompt les membranes et, si

l'état de la femme l'exige, il est possible de procéder à l'évacuation de l'utérus. L'accouchement terminé, on tâche de réveiller les contractions utérines, et, le cas échéant, on combat l'hémorrhagie par le tamponnement de l'utérus. R. L.

Deux cas de myxo-fibrome du placenta. (Zwei Falle von sogenanntem myxoma fibrosum placentæ), R. Steinbuchel, 1892. *Cent. f. Gyn.*, nº 25, p. 465.

L'un des placentas fut extrait à la suite d'un accouchement spontané à terme, parce qu'il y avait hémorrhagie. Le second fut spontanément expulsé à la suite d'un accouchement gémellaire, survenu vers le 7e mois de la gestation. Dans ce cas, les 2 placentas confluaient ; la masse totale du double délivre pesait 1,620 grammes ; elle mesurait 32 centim. en longueur et 25,5 en largeur. Sur la 1re pièce, il y avait une tumeur plus grosse qu'un poing d'adulte, qui était unie au tissu placentaire par un pédicule, court, ayant l'épaisseur du petit doigt et constitué par des vaisseaux. La surface de cette tumeur était nodulaire, lobulée, et les nodosités étaient séparées par des sillons d'inégale profondeur. Sur la seconde pièce existaient plusieurs tumeurs analogues, qui en certains points soulevaient le chorion. Des examens macroscopique et microscopique, il ressort que ces tumeurs ressortissent à ces cas qui ont été déjà décrits par Virchow et Breus et qu'ils ont dénommés, à cause de leur structure anatomique, myxo-fibromes du placenta. Ces néoplasmes n'apportent en général aucun trouble dans l'évolution de la grossesse ; il suffit, pour le praticien, de savoir qu'ils sont susceptibles de donner lieu, au moment de la délivrance, à des hémorrhagies abondantes (1). R. L.

II. — OPÉRATION CÉSARIENNE

Opération césarienne. (A case of cæsarean section), par Wyman. *Medical Record*, 1er août 1891, p. 125.

M. J..., primipare, arrivée au terme de sa grossesse, a des douleurs et la dilatation du col se fait très lentement. Le médecin, essayant

(1) On sait que Virchow a décrit le premier la structure histologique de ces tumeurs, qui consistent essentiellement dans une hypertrophie des villosités choriales avec dégénérescence fibreuse du tissu muqueux des villosités.

d'activer les choses, s'aperçoit que la dernière vertèbre lombaire proémine fortement en avant et s'oppose d'une manière complète à l'expulsion du fœtus. Opération césarienne : incision commençant à 5 cent. au-dessus de l'ombilic et se prolongeant jusqu'au pubis; l'utérus apparaît et on trouve que le placenta s'attache à l'angle gauche du fond; incision de l'utérus; la tête du fœtus se montre la première; extraction du fœtus et aussitôt après du placenta. Peu d'hémorrhagie. L'intestin ne se montra pas une fois dans la plaie. Suture de l'utérus; toilette du péritoine, suture de la peau. Pansement à l'iodoforme. L'enfant est mort. La mère mourut aussi 48 heures après l'opération, ayant de l'œdème pulmonaire et de la cyanose, par suite d'épuisement cardiaque ou du travail exagéré. On voit donc combien il est important de faire de bonne heure le diagnostic de ces dystocies et de ne pas laisser la malade s'épuiser en efforts inutiles.

Un cas d'opération césarienne. (A case of Porro. Cæsarean operation), F. BALDWIN. *Medical News*. Philadelphia, 9 août 1890, vol. LVII, p. 138.

Femme de 24 ans, rachitique, à peu près au terme. Son bassin est rétréci dans tous les sens et le diamètre antéro-postérieur est réduit à 1 pouce 1/4. Quelques jours après, début de travail et 5 heures après opération par la méthode de Tait. Immédiatement après l'ouverture du ventre, l'opérateur glisse autour du col utérin une ligature élastique qu'il serre, ouvre l'utérus, enlève le fœtus et le placenta et résèque au-dessus de la ligature le corps, les trompes et les ovaires. La malade guérit sans encombre.

L'auteur insiste sur la nécessité d'une intervention immédiate.

P. N.

Quatrième opération césarienne avec conservation de l'utérus. Guérison avec enfant vivant. (Quarto operazione cesarea con conservazione dell' utero. Madre e figlio salvi), par BOMPIANI. *Rivista di Ost. e Ginec.*, 1891, nº 8.

Dans ce cas il fallut rompre les membranes par la voie vaginale pour pouvoir extraire l'utérus par la plaie de la paroi abdominale. La suture musculo-séreuse fut faite sur deux plans avec un fil de soie continu et par un surjet; l'utérus fut bourré à la gaze iodoformée.

Opération césarienne avec extirpation de l'utérus et des ovaires et

réduction du pédicule. Guérison avec enfant vivant. (Vaglio cesareo con extirpazione dell' utero e delle ovario ed affondamento del peduncolo. Madre e figlio salvi), par Bossi. *Riv. di Ost. e Ginec.*, 1890.

Dans cette opération Bossi fit comme pour la laparo-hystérectomie la réduction du pédicule. Il soutient ensuite que ne pas vouloir faire le traitement intra-péritonéal du pédicule est aussi erroné que de vouloir guérir actuellement les plaies ordinaires par troisième intention. P. Mauclaire.

Trois opérations de Porro avec réduction du pédicule. (Relazione di tre operazioni Porro di cui due con affondamento del peduncolo), par Bertazzoli. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 118.

L'auteur passe en revue toutes les opérations de Porro qui ont été faites avec réduction du pédicule de 1878 à 1891 et il donne avec détails tous les modes de ligatures employés pour le pédicule, la ligature pure et simple donne de bons résultats mais la méthode de Schrœder réduit le volume du pédicule et ferme mieux la communication entre la cavité cervicale et la cavité péritonéale. Lorsque la cavité utéro-vaginale n'est pas infiltrée il vaut mieux abandonner le pédicule dans la cavité péritonéale. P. Mauclaire.

Opération Porro-Müller. (A successful Porro-Müller operation for malformation of the uterus and vagina), par Ahston. *Medical News*, 4 avril 1891, p. 369.

Sophie D..., 25 ans, mariée depuis un an, enceinte de 7 mois 1/2. Depuis sa grossesse, elle a eu des hémorrhagies vaginales tous les 28 jours. En examinant cette dame, on trouva que le vagin n'avait que 5 cent. de long et qu'il paraissait se terminer en cul-de-sac; cependant avec plus de soin on arriva à sentir plusieurs élevures rayonnant dans toutes les directions à partir d'une dépression centrale paraissant être l'orifice du col utérin. On était donc en présence d'une malformation du segment supérieur du vagin et du segment inférieur du vagin, et il paraissait peu probable par suite que l'accouchement pût se faire naturellement. L'auteur conseilla donc l'opération de Porro. Incision longue de 15 cent. sur la ligne médiane. On attire l'utérus et on entoure le col d'une ligature élastique; on ouvre alors la face antérieure de l'utérus, on rompt les membranes et on retire l'enfant. On serre alors le col pour empêcher toute hémorrhagie, et on enlève le placenta et les

membranes. On commence à placer les sutures de la paroi abdominale. On couvre alors l'utérus au-dessus du constricteur de Tait mis sur le col à la place de la ligature élastique. Guérison. L'enfant jouit d'une excellente santé.

Au cours de l'opération, l'auteur s'est aperçu que l'utérus n'était réuni au vagin que par un reflet du péritoine ; si donc on eût laissé aller les choses, lors de l'accouchement l'enfant aurait brisé cette faible adhérence et serait tombé dans la cavité abdominale.

A. B.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Du décollement prématuré du placenta inséré normalement, L. DUMARCET. Thèse de Paris, 1892.

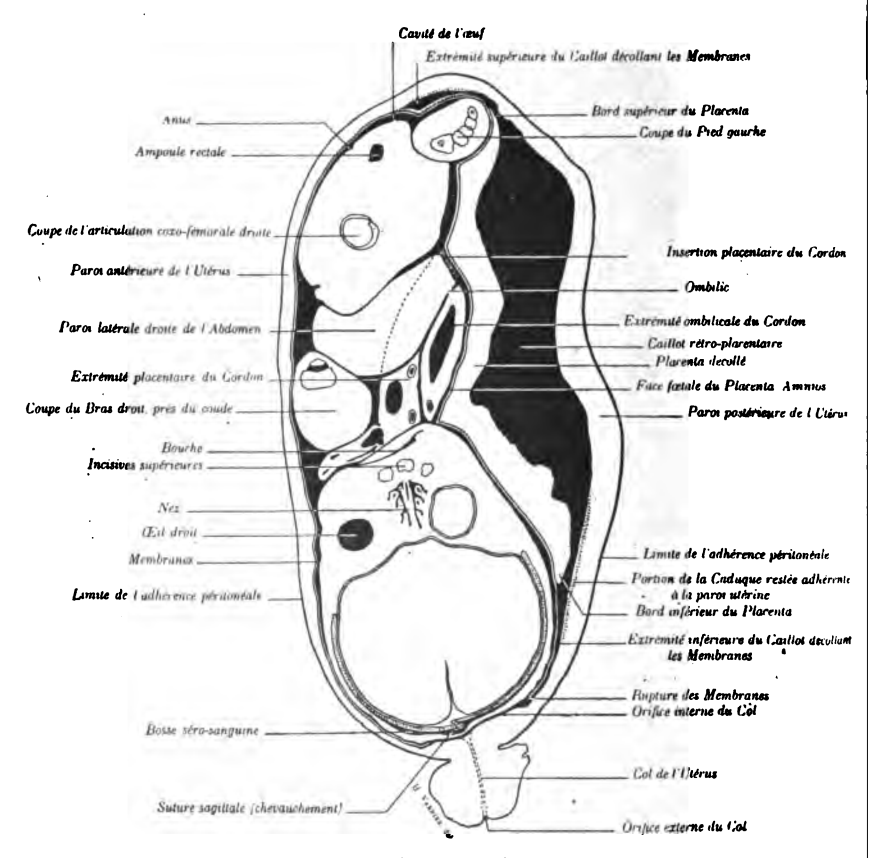
Le sujet choisi à l'instigation du professeur Pinard, par le Dr Dumarcet pour sa thèse, est certainement des plus intéressants. Il s'agit, en effet, d'une complication grave, assez peu connue, très peu étudiée dans les classiques, et qui, en pratique, est le plus souvent l'occasion d'une erreur de diagnostic. L'auteur a pris soin de réunir des observations démonstratives, en particulier, une de Winter qui, le premier, a eu le mérite de démontrer sur un utérus congelé la réalité de cette complication que des accoucheurs éminents (Stolz, 1878) avaient niée jusqu'en ces dernières années. Il y a en tout treize observations, dont un certain nombre très complètes. Il en est une tout à fait remarquable qui met hors de doute l'action étiologique de la brièveté du cordon dans le décollement prématuré du placenta. Une planche, figurant la disposition réciproque du fœtus, des annexes fœtales et de l'utérus, telle qu'elle a été observée après congélation et section de la matrice, accompagne cette observation. Nous reproduisons, ici, cette planche, en raison de sa netteté et de sa valeur démonstrative (1). Après avoir successivement étudié : a) *l'étiologie et pathogénie,* b) *l'anatomie pathologique,* c) *les symptômes et diagnostic,* d) *le pronostic* et e) *le traitement,* l'auteur formule les conclusions suivantes :

---

(1) Cette planche est empruntée à l'ouvrage de MM. Pinard et Varnier : *Études d'anatomie obstétricale et pathologique.*

1) Parmi les causes auxquelles on a attribué la production du décollement du placenta normalement inséré, il en est deux seulement qui soient démontrées, l'une directe, l'autre indirecte, ce sont : l'albuminurie et la brièveté du cordon ombilical.

2) Le diagnostic de cet accident, bien qu'offrant dans certains cas



(Figure réduite à 11 c. de hauteur.)

de grandes difficultés peut, le plus souvent, être fait, car l'ensemble des symptômes observés paraît être toujours le même.

3) Le pronostic est très sérieux pour les mères et très grave pour les enfants (on voit en effet, dans l'historique, que Goodel qui a publié, en 1870, les statistiques les plus considérables sur ce sujet,

a trouvé que sur 107 enfants 101 étaient morts, et sur 106 femmes, 54).

4) Le traitement qui donne les meilleurs résultats est la large déchirure des membranes, suivie ou non, suivant les cas, de l'application d'un ballon dilatateur. R. L.

Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie, P. DESFORGES, Thèse de Paris, 1892. — Née en France, et après des fluctuations diverses, la symphyséotomie était tombée, dans ce pays, dans un oubli tel que c'est à peine si les traités classiques d'accouchement lui consacraient une courte mention. Par contre, adoptée dès le principe en Italie, elle continua d'y jouir de la même faveur, et, quand la méthode antiseptique vint exercer sur la pratique obstétricale son influence si salutaire, elle bénéficia, elle aussi, de l'intervention de cette puissante auxiliaire. A Naples, en particulier, Novi et Morizani obtinrent de la pubiotomie des résultats extrêmement remarquables. Ce sont les succès des deux éminents accoucheurs italiens qui ont décidé le prof. Pinard à réintroduire dans son pays d'origine l'opération de Sigault, dans l'espoir que bien réglée, et *pratiquée pour des incations bien précises*, elle permettrait de sauver un grand nombre d'enfants fatalement sacrifiés avec la basiotripsie et d'éviter, dans des cas judicieusement déterminés, aux femmes les dangers toujours liés à la césarienne. Le prof. Pinard a déjà pratiqué plusieurs fois l'opération et toujours avec des résultats excellents dont il a communiqué un certain nombre à l'Académie de médecine, au congrès d'obstétrique, etc. Aussi la question de la symphyséotomie est-elle à l'ordre du jour, et c'est ce regain, très justifié, d'actualité qui a inspiré au Dr Desforges le choix de sa thèse. On ne peut que le féliciter de son entreprise qui était « *d'écrire surtout l'histoire française d'une opération née en France* », et de la façon dont il l'a conduite. La thèse est divisée en deux parties : la première, consacrée à l'histoire de la symphyséotomie ; la seconde, à une étude critique comportant le résumé des observations les plus importantes et l'analyse des ouvrages nombreux qui furent publiés vers la fin du XVIIIe siècle. Faire une analyse circonstanciée de cette œuvre historique et critique, est évidemment impossible. Il faut la lire, et nous assurons qu'il est difficile de faire une lecture plus instructive et plus attachante ; car, indépendamment des faits

très instructifs qu'elle contient, elle fait revivre une époque particulièrement intéressante, retrace une querelle qui, avec ses côtés anecdoctiques, eût certainement inspiré à un Molière, un peu aux dépens de la profession, quelques nouvelles scènes immortelles, et démontre une fois de plus combien toute idée neuve et juste rencontre, même de la part des esprits tenus pour les plus éminents, des résistances étroites, combien elle a de peine à faire son chemin. L'auteur conclut de la manière suivante :

« Nous n'avons pas l'intention de plaider en faveur d'une opération que M. le professeur Pinard vient de ressusciter en France. Nous nous sommes occupé du passé et nous tenons à rester dans notre rôle. Mais il nous est permis de tirer une conclusion de cette histoire de la symphyséotomie. Les faits et les observations que nous avons résumés expliquent peut-être l'abstention des anciens, mais ne justifient pas le dédain et l'indifférence des modernes. Que signifient maintenant les vieilles statistiques de Baudelocque et de Lauverjat, que valent ces arguments puisés dans l'enseignement traditionnel, que faut-il penser de ces polémiques où les opérateurs tiennent plus de place que leurs malades ? Pourquoi attribuer à l'écartement des pubis, tous les désastres que nous savons aujourd'hui n'avoir qu'une seule cause, l'infection ? Au lieu de se transmettre d'âge en âge, des vérités banales, dont la base est une erreur, il eût été plus sage de faire appel à la clinique et à l'expérience. Au lieu de commenter le traité classique de Baudelocque, on aurait pu s'inspirer des résultats si remarquables, publiés par l'École de Naples. Nous ne citerons pas des chiffres ni des faits, malgré leur éloquence et nous passerons sous silence les succès merveilleux des accoucheurs italiens.

Les opérations pratiquées récemment par M. le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, justifient les espérances de ceux qui croient comme nous à la renaissance définitive de la vieille opération de Sigault.

Si nous applaudissons aux efforts du présent, si nous saluons avec confiance les triomphes de l'avenir, qu'il nous soit permis, en terminant, de faire un retour vers ce passé, qui possède, pour ceux qui l'interrogent, le charme particulier des choses disparues. »

R. L.

Considérations sur la choroïdite métastatique puerpérale, G. Rancurel. Thèse de Paris, 1892.

A l'occasion d'un cas de choroïdite métastatique observé par lui au cours d'une septicémie puerpérale, M. le Dr G. Rancurel a réuni d'autres observations pour faire de ce sujet une étude d'une réelle valeur. Son travail est bien fait, bien documenté, il met bien en vue la nature de la maladie due à des embolies microbiennes. En effet, l'infection de la choroïde par des germes pyogènes peut venir du dehors (infection ectogène) ou du corps lui-même, par auto-infection (infection endogène).

La choroïdite étudiée par M. Rancurel rentre dans la première catégorie.

Dans certains cas la marche de cette affection est telle qu'on peut la confondre avec les néoplasmes du globe ; il y a un peu d'inflammation extérieure et tout semble marcher à froid, comme dans certains cas de néoplasme du corps vitré et surtout dans les gliomes qui naissent sur la rétine. Ces cas, qui peuvent ainsi prêter à la confusion, ont été désignés sous le nom de pseudo-gliomes. La ressemblance entre ces affections peut donc, dans certains cas, être très grande. C'est pourquoi nous aurions désiré que, dans le travail que nous analysons bien rapidement, l'auteur ne négligeât pas le diagnostic différentiel et fit ressortir l'importance de la pression intra-oculaire comme élément de ce diagnostic. En cas de gliome il faut énucléer et aussitôt que possible ; dans les cas douteux, la vie du malade est en danger ; de là importance du diagnostic différentiel facile à concevoir.

S'il y a inflammation extérieure, gonflement et ptosis, il est à peine besoin de signaler la conjonctivite purulente et l'ophtalmie blennorrhagique. La marche de ces affections, la sécrétion, les amnésiques, feront reconnaître la maladie.

Le chapitre concernant le traitement est un peu écourté ; l'auteur ne s'occupe que du traitement général, s'attaquant à la cause première. Assurément l'antisepsie du foyer primitif est l'indication primordiale. Mais l'œil exige un traitement local ; il est douloureux il est infecté ; on devra donc calmer les douleurs, appliquer des compresses chaudes et avoir recours aux injections antiseptiques sous-conjonctivales préconisées dans ces derniers temps.

Malheureusement l'affection est grave, l'œil est très compromis, il est menacé d'atrophie.

M. Rancurel se prononce contre l'énucléation pendant la période aiguë parce que les résultats de l'énucléation sont fort discutables. Nous approuvons son abstention, mais pas pour les mêmes raisons que lui; car nous adoptons en principe que l'énucléation bien faite, surtout faite avec toutes les précautions antiseptiques, donne toujours de bons résultats, mais elle est formellement contre-indiquée lorsqu'il y a infection ectogène ou endogène du sujet.

Ces réserves faites, la thèse de M. Rancurel reste un travail très consciencieux qui sera consulté avec profit par tous ceux qui s'occupent de pathologie oculaire.

A. Péchin.

Des craniotabes ou ramollissement des os du crâne chez les jeunes enfants, M. Paley. Thèse de Paris, 1892. — L'auteur a recueilli, soit à l'hospice des Enfants-Malades, soit à la crèche de l'hospice des Enfants-Assistés, 62 observations qui lui ont permis de faire une étude complète du craniotabes ou ramollissement du crâne, cette affection curieuse dont on doit la connaissance au médecin allemand, Elsæsser (1843). Elsæsser avait décrit d'une manière remarquable la maladie en question, qu'il rattachait étroitement au rachitisme et à laquelle il attribuait des accidents très graves (convulsions, spasmes de la glotte, etc.), et en conséquence un pronostic sévère. Depuis Elsæsser, un certain nombre d'auteurs (Hauff, Lasègue, Vogel, Broca, Parrot, Renaut...) s'en étaient également occupés, et Parrot, en particulier, l'avait placée en dépendance directe avec la syphilis. Disons tout de suite, que le Dr Paley s'est efforcé de rechercher la réalité de cette association indiquée par Parrot, et que loin de la constater, il a vu que les enfants atteints de craniotabes, étaient, autant du moins qu'une enquête minutieuse permet de se prononcer, absolument indemnes de syphilis héréditaire, tandis que sur des enfants sûrement syphilitiques, et dont il résume 4 observations, il ne trouva jamais les altérations crâniennes caractéristiques. En ce qui cencerne les opinions d'Elsæsser sur le craniotabes, il les résume comme il suit: « *a*) le craniotabes par sa nature intime doit être rattaché au rachitisme, la lésion du crâne marquant le début des autres lésions qui doivent atteindre le rachitique.

b) Les convulsions et le spasme de la glotte sont des phénomènes secondaires, dus à ce que les centres nerveux ne sont plus suffisamment protégés par des os ramollis.

c) Les conséquences de l'affection sont tellement graves, que sur 29 cas qu'il a observés, 14 malades ont succombé, c'est-à-dire la moitié.

L'auteur s'attache, à son tour, à étudier de près la nature de la maladie, sa fréquence, et sa réelle gravité. Il s'est occupé également du traitement, et à ce sujet, il a fait au Dr Comby des emprunts qui lui ont permis de tracer un chapitre intéressant d'hygiène et de prophylaxie, chapitre très utile à lire. D'une manière générale, il est bien moins pessimiste que l'auteur allemand, ainsi qu'il ressort des conclusions formulées à la fin de son intéressant travail.

Conclusions. — 1° Le craniotabes est une affection fréquente et presque banale de la première enfance.

2° Le craniotabes n'est pas forcément lié au rachitisme ; beaucoup d'enfants peuvent être affectés du craniotabes sans devenir rachitiques.

3° Le craniotabes ne donne pas lieu aux convulsions ni au spasme de la glotte.

4° Le craniotabes n'est en aucune façon lié à la syphilis héréditaire.

5° Le craniotabes est une affection bénigne dont la guérison est la règle et il n'est lui-même la source d'aucun danger sérieux.

R. L.

Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement, E. Lelièvre. Thèse de Paris, 1892. — C'est une observation personnnelle recueillie, dans le service d'accouchement de M. Maygrier, qui a suggéré à M. Lelièvre le choix de sa thèse. Il s'agissait d'une femme IVpare, dont les 3 premiers accouchements avaient dû être terminés par une application de forceps. Des 3 enfants, le premier n'avait pu être ranimé, le second était mort cinq semaines après, le troisième était vivant. La femme a un rétrécissement du bassin, avec un diamètre antéro-postérieur de 97 millimètres, sans déduction. Au 4e accouchement, la poche des eaux étant rompue depuis plusieurs heures, et les doubles battements fœtaux devenant irréguliers et s'affaiblissant, l'auteur se décida à terminer par le forceps. Lors de l'application, la suture sagittale occupait le diamètre oblique gauche, mais la tête était peu engagée et encore mobile. Application de forceps oblique et extraction très laborieuse d'abord; « enfin, après des tractions

énergiques, une secousse se produit, me donnant la sensation d'une résistance vaincue, la tête avait franchi le rétrécissement; quelques secondes après, elle était à la vulve et l'extraction se faisait sans difficulté et sans dommage pour le périnée ». La tète fœtale présentait des déformations considérables : « *le côté gauche aplati se trouvait plus bas que le côté droit par rapport à un plan horizontal passant par le sommet de la tête; mais ce qui attirait surtout l'attention c'était une dépression profonde de 2 cent. environ, large à sa base de 2 cent. 1/2 à 3 centim. qui siègeait sur la portion gauche et antéro-supérieure du frontal.* »

Tel est, résumé, le fait observé par l'auteur. Il en a rassemblé, en tout, 31 analogues et ce sont ces matériaux qui lui ont fourni les éléments d'un travail très complet sur les lésions en question (historique; anatomie pathologique; causes et mécanisme; symptômes, marche et pronostic; diagnostic; traitement).

Conclusions. — 1° Les enfoncements du crâne, chez le fœtus, se présentent sous deux formes principales : la forme d'un sillon ou d'une gouttière et la forme d'un godet, d'un entonnoir ou encore d'une cuiller. La première est la plus fréquente et la moins dangereuse, la seconde la plus rare et la plus grave.

2° Les fractures accompagnent, le plus souvent, mais non toujours, les dépressions et particulièrement les dépressions de la seconde catégorie. Dans quelques cas elles siègent à la base du crâne, dans les points les plus faibles.

3° Les enfoncements et les fractures s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement simple dans un bassin normal, ou plutôt dans un bassin vicié, qu'à la suite d'un accouchement terminé par le forceps ou la version.

4° Les causes qui les déterminent sônt imputables : à la mère, au fœtus, dans quelques cas exceptionnels à l'accoucheur.

5° Les signes par lesquels ils se traduisent sont locaux et généraux.

6° Les conséquences qui en résultent sont variables dans leurs manifestations et dans leur durée.

7° Le meilleur traitement est le traitement préventif, et il faut entendre par là l'accouchement provoqué dans le cas où l'on se trouvera en présence de bassins rétrécis. R. L.

Memento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, TOUVENAINT et CAUBET.

Le massage en gynécologie, PROCHOWNICK ; *trad. de l'allemand,* par NITOT et KELLER.

Die Stieldrehung der Eierstocksgeschwülste, FREUND.

La mancanza congenita dell' utero e delle vagina e la creazione d'una vagina artificiale, F. LA TORRE.

Un caso di oligoidramnios, etc., F. LA TORRE.

Erfahrungen über die operative Behandlung geplatzter Tubarschwangerschaften, A. GUSSEROW.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bossi. Sulla riproduzione della mucosa dell' utero. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 3, 853. — **Ciaceri**. Della emorragie vicarie nella menopausa. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 943. — **Edebohls**. Lipomata of the omentum simulating uterine fibromata. *N. York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 56. — **Kashkaroff**. The menstrual period and its anomalies. *Akusherka, Bransk*, 1891, II, 141. — **Klencke**. *Der Frauenartz*, 5e Auflage, Berlin, 1892. — **Landau** et **Rheinstein**. Ueber das Verhalten der Schleimhaüte in verschlössenen und missbildeten Genitalien und über die Tubenmenstruation. *Arch. f. Gyn.*, 1892. Bd XLII, Hft 2, p. 273. — **Lyncker**. Ueber die manuale Rectal-Palpation der Becken und Unterleibsorganen. *Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte*, Frankenthal, 1892, VIII, 8. — **Pletzer**. Tod nach Injektion von Liquor ferri sesquichlorati in den Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 18, p. 337. — **Sobotta**. *Ueber den Bau und die Entwicklung des Uterus, insbesondere beim Menschen und den Affen*, Berlin, 1891. — **Rheinstaedter**. *Praktische Grundzüge der Gynækologie*, 2e Aufl., Berlin, 1892. — **Sänger**. *Allgem. Ursachen der Frauenkrankheiten*, Leipzig, 1892. — **Van der Veer**. The relations of the os uteri to sterility in women. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 96. — **Waldeyer**. *Beit. z. Kenntniss d. weibl. Beckenorgane*, 5 Taf., Bonn, 1892. — **Zweifel**. *Vorles. über klinische Gynækologie*, Berlin, 1892.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Arcoleo**. L'azione dell' aristol sul carcinoma ulcerato del collo dell' utero. *Boll. d. chir.*, Milano, 1891, VIII, 410. — **Arendt**. Ueber die Anwendung der Elektricitat in der Gynækol. *Deutsche Med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1349. — **Bröse**. *Galvanische Behandlung d. Fibromyome d. Uterus*, Berlin, 1892. — **Emanuel**. Ueber die Anwendung von Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen. *Therap. Monatschr.*, Berl., 1891, V, 613. — **Glaeser**. Leichenversuche über das Schücking' sche Verfahren der vaginalen Fixation. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 393. — **Keppler**. Das

Geschletsleben der Weibes nach d. Kastration *Wien. Med. Wochens.*, Wien, 1892. — **Krukenberg**. Ueber Duhrsenn's tiefe Cervix und Scheiden-Dammeinschnitte. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Heft 2, p. 214. — **Lantos**. Beitrag zur Therapie der Endometritis. *Pest. Med. Chir. Presse*, Budapest, 1891, XXVII, 1121. — **Morneau**. *Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin et leur traitement*, Paris, 1891. — **Pichevin**. Tolérance de l'utérus pour les corps étrangers aseptiques. Danger des tentes-éponges dilatatrices préparées dans le commerce. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 200. — **Quintard**. Spéculum divergent à six valves. *Bull. Soc. de médecine d'Angers*, 19e an. 2e semestr. 1891, p. 61. — **Rapin**. Nouvelle curette irrigatrice. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1891, XI, 758. — **Rokitansky**. Ueber die blutige Erweiterung des Mutterhalses. *Allg. Wien. Med. Ztg.*, 1891, XXXVI, 563. — **Stroné**. Ein neuer transportabler gynäkologischer Untersuchungstich mit Speculum-Fixator. *Wien. Med. Presse*, 1891, XXXII, 1941. — **Weiss**. *Das Curettement bei Endometritis puerperalis*, Wien, 1892. — **Ziegenspeck**. Die gerade Röhre der einfachste Katheter und zugleich das einfachste Instrument zum Ausspulen der weiblichen Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 297.

ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX. — **Berlin**. A case of uterus bicornis duplex; atresia of the right cervical canal and retention cyst. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-92, V, 193. — **Casseday**. Rudimentary sexual organs associated with atrophy of the optic nerve. *J. Ophth. Otol. et Laryng.*, N.-Y., 1892, IV, 58. — **Nieberding**. *Selten Anomalie der Vagina*. Wurzburg, 1892. — **Petit**. Un cas de gynatrésie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1892, p. 261. — **Strogonoff**. De l'atrésie de l'hymen. *Vrach*, St-Petersb., 1891, XII 1058. — **Stulenvauch**. Zwei Fälle von Theilung des Utero-Vaginalkanales. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1891, XI, 59.

VULVE, VAGIN. — **Büttner**. *Polizeiärtzliche Untersuchungen ub. d s Vorkommen v. Gonococcen im weibl. Genitalsecret*. In. Diss., Dorpat, 1892. — **Czempin**. Ein Fall vom Mastdarmscheiden fistel ohne Anfrischung nach der Methode der Lappenbildung operit. *Cent. f. Gyn*, 1892, n° 14, p. 265. — **Georgil**. *Ueber das Hämatom der Vulva und der Vagina*. Tubingen, 1891. — **Huninelfarb**. Zur Lehre von den angeborenen Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane. Anus præternaturalis vestibularis bei einem 14 Jährigen Madchen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 372. — **Letzel**. *Lehrbuch d. Geschlechts-Krankbeiten*, Wien, 1892. — **Petit**. De l'ovarite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 192. — **Ross**. Conglutinatio labiorum. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 15, p. 284. — **Schülein**. Ueber Verletzungen der Vagina, welche weder durch den Geburtsact, noch durch ärztliche Eingriffe entstanden sind. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIII Hft 2, p. 347. — **Smith**. Abscess of the anterior vaginal wall. *Med. and Surg. Reporter*, Philad, 1892, LXVI, 88. — **Stuner**. Pudendal hæmatocele in the non-puerperal state, with report of a case. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 193.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Barret de Nazarris**. *Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorrhaphie et la colposyntotomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquier-Alexander*. Bordeaux, 1891. — **Brenner**. Carcinoma-uteri prolapsi. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 920. —

Chéron. Traitement chirurgical et traitement manuel du prolapsus utérin. *Rev. méd.-chir. des mal. de fem.*, 25 décembre 1891, p. 705. — **Chéron**. Curabilité de la rétroversion et de la rétroflexion. *Rev. méd.-chir. des mal. des fem.*, 25 janv. 1892, p. 5. — **Desrosiers**. De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains d placements utérins. *Union méd. du Canada*, janv. 1892, nº 8. — **Edwards**. Acute retroversion of the virgin uterus ; report of cases, with remarks upon the difficulty in their replacement. *Ann. Gyn. and Pœdiat.*, Philad., 1891-92, V, 197. — **Emmet**. On injury to the pelvic floor and the method of repairing the Same. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-92, I, 122 — **Hagemann**. *Inversio uteri chronica schnell geheilt mit Hilfe eines neuen Instruments, des Retrusorium*. Berlin, 1891. — **Lehman**. A radical cure for retro displacement of the uterus. *Hahneman. Month.*, Philad., 1892, XXVII, 156. — **Roberts**. Case of inversion of a non puerperal uterus. *St-Louis M. and S. J.*, 1892, LXII, 85.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Freund**. Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXIII, Hft. II, p. 436. — **Gindicelli**. *Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites*, Bordeaux, 1891. — **Landerer**. Eine seltene Form von Missbildung des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV Hft I, 106. — **Lyon**. The microscop in the diagnosis of the malignant diseases of the uterus and vagina. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 554. — **Picqué**. Curettage de l'uterus. *Rev. génér. de clin. et de thérap.*, 1892, VI, 65. — **Polk**. Drainage of the uterus in chronic endometritis and metritis, with an without salpingitis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLI, 49. — **Polk**. Drainage with gauzepacking as applied to the uterus, in chronic endometritis and chronic metritis not only when the conditions exist independently of salpingitis or other forms of perimetritis, but also where they are associated with such disorders ; forty cases. *N.-York. J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 86. — **Touvenaint**. Sur un nouveau mode de traitement de la métrite du col. *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1891, CXXI, 492. — **Wertheim**. Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Bacteriologische und klinische studien zur Biologie des gonococcus Neisser. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 1, p. 1. — **Zweifel**. Lupus de l'utérus. *Ann. de dermat. et syphil.*, Par. 1891, II, 869.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bailey**. The early diagnosis of uterine cancer. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 559. — **Baldy**. Supra-vaginal hysterectomy. *Cincin. Lancet Clin.*, 1892, XXVIII, 39. — **Boryssowicz**. Amputation partielle en forme de selle de la portion vaginale. *Kron. lek.*, Warszawa, 1891, XII, 637. — **Bulius**. Der Eierstock bei Fibromyoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 2, p. 358. — **Chase**. The genesis of malignant disease of the cervix uteri. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 160. — **Crocq**. Cancer utérin, opération de Kraske. *Press. méd. belg.*, Brux., 1891, XLIII, 740. — **Dezanneau**. Observation d'hystérectomie abdominale pour des fibromes utérins. *Bull. Société de méd. d'Angers*, 19e année, 2e semes., 1891, p. 76. — **Dunning**. Adenoid cancer of the uterus. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 187. — **Dunning**. High amputation of cervix uteri for epithelioma. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 186. — **Fischer**. Meine Erfahrungen über Auslöffelung der carcinomatosen Portio vaginalis. *Zeitsch. f. Wundärzte u. Geburtsh.*, Fellbach, 1891, XLII, 339. — **Gebbard**. Ueber die vom Oberflächenepithel ausgehendem Carci-

nomformen des Uterus korpers, sowie über den Hornkrebs des Cavum uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 1, p. 1. — **Goloff**. Nouveau cas de guérison spontanée de fibromyôme de l'utérus. *Vrach.*, St-Pétersb., 1891, XII, 1016. — **Imerardi**. Tre casi di fibromioma uterino. *Sperimentale*, Firenze, 1891, LXVIII, 433. — **Ludlam**. Vaginal extirpation of the cancer on uterus. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 560. — **Mangiagalli**. Presentatione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazione sul diagnostico del carcinoma uterino. *Ann. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 645. — **Mc Coll**. The surgical treatment of uterine myoma. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 10. — **Montgomery**. vaginal hysterectomy. *Kansas M. J.*, Topeka, 1882, IV, 479. — **Parsons**. Twenty cases of fibroma and other morbid conditions of the uterus treated by Apstoli's method. *Lancet*, Lond., 1892, I, 196. — **Pichevin**. Electricité et fibromes utérins. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 204. — **Sicherer**. Uterus bicornis bicollis. Pyometra und Pyocolpos lateralis infolge von Atresia vaginalis dextra. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Hft 2, p. 339.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Boldt**. Suppurative oophoritis. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 232. — **Duplay**. L'hématocèle péri-utérine. *Union méd.*, Par., 1892, LIII, 3. — **Duplay**. Un cas d'hématocèle rétro-utérine. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1892, LXX, 105. — **Hermanni**. *Ein Fall v. Hæmatom d. Ligamentum latum.* In. Diss. Tubingen, 1892. — **Mann**. Chronic pelvic peritonitis; laceration of cervic with retroversion and partial prolapse. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1892, LXVI, 44. — **Massin**. *Des salpingo-ovarites tuberculeuses.* Paris, 1891. — **Mc Lean**. Encysted Dropsy of the peritoneum with papilloma. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 121. — **Popoff**. Des modifications anatomo-pathologiques des trompes de Fallope dans les processus infectieux aigus. *Bolnitsch. Gaz. Botkina*, St-Petersb., 1891, II, 936; 976. — **Shaw-Mackensie**. On chronic inflammation of ovaries and tubes, with microscopic appearances. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIII, 23. — **Smith**. A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus, recovery. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 43. — **Stratz**. *Circulationstörungen und Entzündungen der Ovarien und Tuben*, mit 12 Taf., Berlin, 1892. — **Witte**. Gonokokken und Streptokokken im Pyosalpinxeiter. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 23, p. 433.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Bantock**. Ovarian tumour with twisted pedicle. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 275. — **Camelot**. Kystes des deux ovaires; laparotomie, guérison, *J. d. sc. méd. de Lille*, 1892, I, 181. — **Crocq**. Kyste de la trompe de Fallope; salpingectomie. *Press. méd. belg.*, Brux., 1891, XLIII, 739. — **Dembo**. *Carcinomatöse Degeneration und maligne Metastasend. Ovariakysten*, In. Diss. Berne, 1892. — **Fabris**. Linfo-sarcoma dell ovaria destra con diffusione al legamento largo ed alla tromba dello steno lato. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 902. — **Fraisse**. Note pour servir à l'étude du varicocèle de l'ovaire. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1892, p. 283. — **Freund**. Die Stieldrehung der Eierstockgeschwülste. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 22, p. 409. — **Gottschalk**. Ueber die Lage der Dermoïdcysten zum Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 303. — **Green**. A case of papilloma of the ovary and Fallopian tubo. *Boston M. and S. J.*, 1891, LXXVI, 142. — **Krug**. Multilocular colloid cysts of both ovaries, of the vermiform appendix, and

multiple colloïd degeneration of the omentum; successfully removed by laparotomy. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 152. — **Schwabe**. *Hydrosalpinx mit Oophoritis duplex*, In. Diss., Tubingen, 1892. — **Sutton**. *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes, including tubal pregnancy*, Philadelphie, 1891.

ORGANES URINAIRES. — **Bardenheuer**. Verschluss grosser Vesicovaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Deutsch. med. Wochnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1348. — **Baum**. Ein Fall von drei Harnleitern. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 2, p. 329. — **Frœlich**. *Destruction totale de l'urèthre chez la femme, causes et traitement*, Nancy, 1891. — **Karlin**. Ein Beitrag zur Kasuistik des Freundkörper in der Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 16, p. 308. — **Kleinwachter**. Zur vesicalen operation der Blasencervixfistel. *Zeitsch. f. Geb. u. G.*, Bd. XXIII, Hft 2, p. 338. — **Mertlens**. Eine durch seine Aetiologie seltener Fall von Blasenscheidenfistel. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV, Hft 1, p. 100. — **Otis**. On reflex irritations and neuroses caused by structure of the urethra in the female. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 34. — **Ozenne**. Des uréthrocèles vaginales. *Bull. méd.*, Paris, 1892, VI, 1. — **Piaseski**. Un cas d'uréthrocèle vaginale compliquée de calcul. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, nº 5, p. 236. — **Reichel**. Ueber Carcinome der weiblichen Harnröhre. *Sitzungb. d. phys. med. Gesselsch. zu Wurzb.*, 1891, 48. — **Solano**. Calculo vesical extraido a traves de la uretra en un señora de cincuenta y siete anos. *Rev. méd. de Bogota*, 1891-2, XV, 575.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Adam**. Ten consecutive successful laparotomies. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 531. — **Asch**. Ventrofixation des uterus mit absoluter Indikation. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 13, p. 251. — **Bandisch**. 80 *Fall v. Ovariotomie aus d. Universitäts Klinik v. Königsberg*, In Diss. Königsberg, 1892. — **Bonnet**. Traitement chirurgical des fibromes utérins. *Nouv. Archives d'obst. et de gyn.*, **Bastianelli**. Sull'operazione di Alexander modificata e sulla laparoisteropexia. *Bull. d. Soc. Lancisiana d. osp. di. Roma*, 1891, X, 193. — **Byford**. Abdominal section in a child four years and eight months old for sarcoma of the ovary. *Chicago M. Rec.*, 1891-2, II, 434. — **Debaisieux**. Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Press. méd. Belg.*, Brux., 1891, XLIII, 769. — **Dudley**. Fecal fistulæ following laparotomy ; or some accidents wich have attended the progress of ginecology during the past ten years. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 145. — **Evans**. A report of a case of the removal of the uterine appendages in the absence of the uterus. *Ann. Gynæc. and Pæd.*, Philad., 1891-2, V, 203. — **Guermonprez**. De l'abus de l'opération de Battey ou de Tait. *Nouv. Arch. d'obst et de gyn.*, 1892, nº 4, p. 187. — **Jacobs**. De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Arch. de tocol. et de gyn.*, Par., 1891, XVIII, 910. — **Johannovsky**. Ein Beitrag zur Diskussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak bei den abdominalen Myomoperationen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 2, p. 353. — **Kammerer**. A case of sacral hysterectomy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLI, 207. — **Kinscherf**. *Behandlung d. acuten allgemeinen Peritonitis*, In. Diss., Heidelberg, 1892. — **Kletzsch**. Case of ventral fixation of the uterus. *N.-York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 47. — **Kustner**. Ueber einige Indicationen zur Laparatomie. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1892. — **Lacaze**. *Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes*. Bordeaux, 1891. —

Le Dentu. Résection de 22 centimèt. du côlon ascendant en même temps que celle des annexes de l'utérus atteintes de pyosalpinx. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris.*, 1891, XVII, 662. — **Lauro**. Due casi di eliminazione de laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attraverso la cavita del moncone uterino in seguito d'Isterectomia sopravaginale per fibromiomi. *Annal. di. ostet.*, Milano, 1891, XIII, 537. — **Mays**. A year's work in abdominal surgery at St. Luke's Hospital, San-Francisco, *Pacific M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 712. — **Mc Graw**. The treatment of chronic abdominal dropsies by incision and drainage. *Harper Hosp. Bull.*, Detroit, 1891-2, II, 31. — **Montgomery**. The application of sacral resection to gynæcological work. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 87. — **Mordie**. Three interesting cases of abdominal section. *Lancet*, London, 1892, I, 253. — **Mundé**. The surgical treatment of extraperitoneal pelvic effusions. *N.-York J. Gynec. and Obst.*, 1892, II, 100. — **Munde**. Two pediculated fibroïds and one apoplectic ovary removed by laparatomy. *N.-York, J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 127. — **Newton**. Tetanus following an ovariotomy. *Clinique*, Chicago, 1892, XIII, 74. — **Noble**. A year's work in abdominal surgery at the Kensington Hospital for Women. *Ann. Gynæc. an Pæd.*, Philad., 1891-2, V, 225. — **Pilcher**. The ultimate results of operations for removal of the uterus or its appendages. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 137. — **Richelot**. De l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices. *Bull. et mém de la Soc. de chir.*, 1891, XVII, 541. — **Robinson**. A sketch of M. Lawson Tait and his work, *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 77; 99; 129. — **Rochet**. Hystéropexie et castration. *J. d'accouch.*, Liège, 1891, XII, 265. — **Ross**. The new field in abdominal hysterectomy for fibroïdes. *Canad. Pract.*, Toronto, 1891, XVI, 561. — **Smith**. Subperitoneal hysterectomy, *Lancet*, Lond., 1891, I, 413, — **Spaunochi**. L'ovariotomia per grossi tumori soggetti vecchi. *Raccoglitore med.*, Forli, 1891, XII, 441-454. — **Thomas**. A plea for explorative incision in ascites in women. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 1. — **Watkins**. Indications for Tait's operation. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891-2, XIX, 572.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Beaucamp**. Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburst periode. *Arch. f. gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 1, 103. — **Credé und Leopold**. *Geburtshilfliche Untersuch.*, Leipzig, 1892. — **Hirst**. A hitherto undescribed anomaly in the mechanism of labor in face-presentation. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891 2, IV, 341. — **Knüpffer**. *Ursache d. Geburtseintritts*, Dorpat, 1892. — **Kramer**. *Grundriss d. Geburtshülfe*. Sttuttgart, 1892. — **Marx**. Clinical obser vations on occipito-posterior vertex presentations. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 177. — **Price**. Face presentations. *Am. Pract. and News*, Louisville, 1892, XIII, 67. — **Rosenberg**. The management of labour without vaginal examination and without prophylactic vaginal douches. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XII, 95. — **Schwarz**. *Leitfaden der Geburtshilfe f. Hebammen*, Fünfkirchen, 1892. — **Shibata**. *Geburtshülfliche Taschen-Phantome*, München, 1892. — **Zweifel**. *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Stuttgart, 1892.

ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ. — **Hamilton**. Anomalies in face-presentation. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891-2, IV, 437. — **Roncaglio**.

La forte flessione e l'ostensione del capo fattori di compressione del funiculo avvolto al collo del feto. *Annali di Ost.*, Milano, 1891, XIII, 709. — **Wenning**. Manual rectification of certain malpositions of the head in labor. *Am. gynec. J.*, Toledo, 1892. II, 69.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Amann**. Beitrage zur Morphogenese der Muller'schen gänge und über accessorische Tubenostien. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLII, Hft 1, p. 133. — **Ries (Emil)**. Klinische und anatomische Studien über Züruckbildung des puerperalen uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. G.*, Bd XXIV, Hft 1, p. 33. — **Truzzi**. Intorno alle variazioni fisiologische nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino. *Annal. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 725; 786. — **Wertheim**. Ein Beitrag zur Lehre von der gonokokken Peritonitis. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 20, p. 385.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Loviot**. L'écarteur utérin. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, nº 5, p. 240.

DYSTOCIE. — **Barnum**. Transverse presentations, history of a case with a new method of treatment. *Buffalo M. and S. J.*, 1891-2, XXXI, 385. — **Chiarleoni**. Parto dystocico per cisti dermoïde ossificata e incuneato nella scava. *Boll. d. clin.*, Milano, 1891, VIII, 289. — **Köhler**. Zwillings Geburt bei Cystoma ovarii multiloculare mit nachträglicher Berstung der Cyste; Laparatomie, Heilung. *Wien. Med. Presse*, 1891, XXXII, 1857. — **Prouvost**. *Etude sur les bassins viciés par boiterie*, Paris, 1891. — **Wegscheider**. Ein kyphotisch-querverengtes Becken aus der Sammlung der Göttinger Frauenklinik. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 229.

GROSSESSE. — **Ballantyne**. A Series of Thirteen cases of alleged Maternal Impressions. *Edinb. m. J.*, Mai 1892, p. 1025. — **Blanc**. De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. *Arch. de toc. et de gyn.*, 1891, XVIII, 926. — **Eisenberg**. *Hygiene der Schwangerschaft*, Wien, 1892. — **Jewet**. To what extent is the diagnosis of pregnancy possible in the early months? *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 68. — **Kehrer**. *Anleitung zur Untersuch. der Graridæ*, Heidelberg, 1892. — **Puech**. Interrogatoire et examen de la femme enceinte. *Montpell. méd.*, 1891, XVII, 565.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bula-Lafont**. *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine*. Bordeaux, 1891. — **Cordier**. Extra-uterine pregnancy. *Ann. Gynec. and Pædiat.* Philad., 1891-2, V, 257. — **Gehrung**. Cases simulating ectopic pregnancy. *Am. gynec. J.* Toledo, 1892, II, 18. — **Grandin**. Clinical contribution to the subject of ectopic gestation. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 27. — **Jarman**. Intraligamentous rupture of ectopic gestation and its expectant treatment. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 229. — **Luske**. The diagnosis and treatment of extra-uterine pregnancy. *N.-York, J. Gynæc and Obst.* 1891-2, I, 78. — **Morison**. On ectopie gestation. *Edinb. M. J.*, 1891-2 XXXVII, 697. — **Robb**. Rupture of the sac of an extra-uterine pregnancy through the fimbriated extremity without tearing the Fallopian tube; operations; recovery. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 109. — **Sutugin**. Beobachtungen über Bauchholenschwangerschaft. *Zeitish. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV, Hft I, p. 9. — **Weaver**. Extra-uterine pregnancy. *Ann. Gynæc. and Pæd.* Philad., 1891-2, V, 237. — **Werder**. Some moot points in ectopic gestation. *N.-Yorh M. J.*, 1892, IV, 90.

— **Winter**. Extra-uterine pregnancy. *Am. J.obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 34.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Cosentino**. Di alcuni casi di gravidanza gemellare in rapposto alla quantita dell' aqua dell' anmios. *Sicilia med.* Torino-Palermo, 1891, III, 513.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Bryan**. Determination of the sex of the fœtus. *Ann. Gynæc. and Pæd.*, Philad., 1891-2, 307. — **Herzstein**. *Ueber Ascites der Frucht.*, Berlin, 1891. — **Kaufmann**. *Ub. die sogenannte fœtale Rachitis*, Berlin, 1892. — **Randle**. Hydramnios, dropsy of the fœtus. *China M. Miss. J.*, Shanghai, 1891, V, 220. — **Roux**. *Entwicklungsmechanik d. Embryo,* 3 Taf. Wien, 1892. — **Schwarzwäller**. Ueber sogenannte fötale Rachitis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd, XXIV, Hft I, p. 90. — **Sippel**. Zur spontanen Nabelblutung Neugeborener. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 25, p. 470. — **Thomson**. Case of Partial obliteration of the Gallbladder in a New-born infant, associated with numerous other congenital Malformations. *Edinb. m. J.*, juin 1892, p. 1112.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Breus**. Zur Technic der Kraniotomie. *Wien. med. Presse,* 1891, XXXII, 1898. — **Charpentier**. De la symphyséotomie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn* , 1892, n° 5, p. 213. **Cosentino**. Operazione di Porro per stenosi pelvica di osteomolacia con exito in morto. *Sicilia med.,* Torino-Palermo, 1891, III, 546. — **Cucca**. Su di un' operazione cesarea conservatrice con le legature delle tube fallopiome. *Progresso med.*, Napoli, 1891, V, 465. — **Dickinson**. Extraction of extented arms in breech labors. *N.-York J. Gynæc. and Obst.* 1892, II, 81. — **Doléris**. Avortement provoqué rapide et brusqué par le curettage, pour affection cardiaque grave. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 5, p. 228. — **Holowko**. Ueber das Einpressen des hochstehendenkopfes in's Becken. *Therap. Monatsch.* Berl., 1891, V, 605. — **Kaay**. *Eine neue Indication zur Anwendung des Kaiserschnittes,* Freiburg, 1891. — **Keppler**. Eine neue Methode der perforation (aus *Wiener med. Press*). Wien, 1892. — **Taubert**. *Beitrag zur Lehre von der künstlichen Fruhgeburt,* Berlin, 1891. — **Toppiano**. Metodo simplice di perforazione cranica su feto idrocefalico. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, 99. — **Varnier**. De l'opération césarienne. *Revue prat. d'obst. et de pædiat.*, Avril 1897, p. 97.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bidon**. Note à propos d'un cas d'amnésie post-éclamptique. *Rev. de méd.*, Paris., 1891, XI, 961. — **Bouffe de Saint-Blaise**. *Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale*, Paris, 1891. — **Brooks**. Three cases of hæmatoma of the vulva following labor. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-92, XXVI, 375. — **Cameron**. Hemichorea in pregnancy caused by acute retroflexion of the gravid uterus. *Montreal M. J.*, 1891-92, XX, 499. — **Chambrelent** et **Saint-Hilaire**. Contribution à l'étude de l'influence de l'asphyxie sur la parturition. — *Compt. rend. Soc. biolog.*, Paris, 1891, III, 783. — **Cousin**. *Etude sur les suites de couches des syphilitiques.* Bordeaux, 1891. — **Desiderius v. Velitz**. Ueber die Heilung der Osteomalacie. Im Auschluss an zwei durch Castration geheilte Falle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIII, Hft 2, p. 312. — **Eliot**. Adherent placenta, its causes and management. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 144. — **Florentine**. Amniotic dropsy, ascites and ovariotomy; reco-

very. *Am. Gynæc. J.*, Toledo, 1892, II, 149. — **Freund.** Cirkuläre Abreissung des hinterem Umfanges der Vaginalportion und zwei seitliche Längsrisse der Vagina bei einer Zangenentbindung. Spontano Restitutio in integrum. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 305. — **Friedländer.** *Phosphorvergiftung bei Hochschwangeren*, In. Diss., Königsberg, 1892. — **Füth.** Ein Fall von Post-partum-Blutung und Genitalhämotem. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 14, p. 268. — **Gerdes.** Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 20, p. 379. — **Goldberg.** Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fallen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 1, p. 87. — **Greene.** Case of ante-partum hemorrhage in wch the placenta was normaly situated. *Med. News*, Philad., 1892, LX 18. — **Greuell.** Cinq cas de fièvre puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy 1892, XXIV, 52. — **Harajewicz.** Ein Fall von protahirtem Abort mit der Apostolischem Methode behandelt. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 15 281. — **Hooper.** An interesting case of puerperal eclampsia. *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1891-2, XI, 45. — **Kaltenbach.** Zur pathogenese der puerperalen Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 20, p. 377. — **Kreutzmann.** Rupture of the membranes seventeen days before commencement of labor and constant escape of amniotic fluid during this time. *Pacif. M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 720. — **Loviot.** Grippe et puerpéralite. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, 1184, 240. — **Mann.** Hæmatoma of vulva post-partum. *Lancet*, Lond., 1892, I, 310. — **Maunes.** — *Ueber Hydramnios*, Marburg, 1891. — **Marianchik.** Cas d'adhérences du placenta ; remarques touchant le traitement de cette complication. *Vrach.*, St-Petersb., 1891, XII, 1062 — **Martin.** Hydatid mole. *Edinb. M. J.* 1891, 2, XXXVII, 751. — **Mensaga.** Ein Fall von autogener (?) Sepsis. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 493. — **Meola.** La retenzione dello placenta. *Giorn. internat. d. sc. med.*, Napoli, 1891, XIII, 413 ; 441 ; 481. — **Millar.** Abortion, with delay ed expulsion and fibroïd degeneration of placenta. *Edinb. M. J.*, 1891-2, XXXVII, 633. — **Neumark.** *Ueber tubaren Abort.*, Berlin, 1891. — **Prutz.** *Anatom. Verhalten der Leber bei puerperalen Eclampsie*, In Diss., Königsberg, 1892. — **Purslow.** Retroversion of gravid uterus. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 73. — **Rémy.** Deux cas de mort rapide dans l'éclampsie puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1891, XXIII, 737. — **Riffmann.** Ein Fall von multiplen, polypenartigen Hypertrophien der Scheidenwand, beobachtet in der Graviditat. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 24, p. 452. — **Schauta.** Zur Diagnose und Therapie der Uterusruptur. *Intern. klin. Rundschau.*, Wien., 1891, V, 1993. — **Sligh.** Placenta prævia ; cæsarean section ; absolute indication. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 221. — **Suter.** Report of a case of partial separation of the placenta causing accidental hemorrhage during pregnancy and premature delivery. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 215. — **Tuilaut.** *De la névrite puerpérale*, Paris, 1891. — **Varnier.** Diagnostic et traitement des hemorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. *Rev. prat. d'obst. et de pædiatrie*, juin 1892, p. 161. — **Villa.** Idramnios acuto ; contributo di casuistica ; considerazioni critiche. *Anal. di Ost.*, Milano, 1891, XIII, 389 ; 437 ; 557. — **Warman.** Habituelle Molengraviditat, Blasenmole von ungeheurer Grosse, Blutung, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 19, p. 353. — **Wyman.** Pluerperal psoïtis. *Med. Age*, Detroit, 1892, X, 70. — **Zitzmann.** *Blütungen nach d. Abortus*, In. Diss., Tubingen, 1892.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Baumm.** Hydrastinin in

der III Geburtsperiode nebst einigen Bemerkungen über Behandlung der Nachgeburtsblutungen. *Therap. Monatsch.*, Berl., 1891, V, 608. — **Bonifield**. The treatment of abortion. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 49. — **Dönhoff**. Ueber die Einwirkung des Chloroforms auf den normalen Geburtsverlauf nach Untersuchungen mit dem Tokodynamometer. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 305. — **Hofmeier**. Zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1321. — **Kuppenheim**. Zur Therapie des Abortus. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1423. — **Lorenz**. *Allgem. Behandlung der puerperalen Sepsis.*, In. Diss., Göttingen, 1892. — **Maguire**. Management of abortion, *Kansas M. J.*, Topeka, 1892, IV, 475. — **Pelzer**. Erregen der Wehenthatigheit durch intra-uterine Injection vom Glycerin. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 220. — **Sims**. Treatment ofpuerperal convulsions with tr. veratrum viride. Norwood's. *Mississipi M. Month.*, Meridian, 1891-2, 1, 178. — **Tubby**. The comparative safety of chloroform in obstetric practice. *Brit. med. J.*, Lond., 1892, I, 214.

VARIA. — **Billig**. *Struma congenita, e. Geburtshinderniss*, In. Diss. Heidelberg, 1892. — **Champetier de Ribes**, **Doléris** et **Budin**. De l'enseignement pratique et des assistants dans les services hospitaliers. dans les services d'accouchements. *Arch. de toc. et de gyn.*, Paris, 1891, XVIII, 847. — **Dohrn**. Zur Kenntnis der Wirksamkeit geburtshilflicher Pfuscherinnen. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 24, p. 449. — **Eustache**. Série de 1000 accouchements heureux à la Maternité Sainte-Anne de Lille. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, nº 4, 165. — **Küntzel**. Ueber den Einfluss geburtshüfflicher operationen auf die geistige Entwicklung der Kinder. Berl., 1891. — **Smith**. *Obstetric problems, being an inquiring into the nature of the forces determining head presentation, internal rotation, and also the development of the amnion.* Louisville 1892. — **Leopold**. *Vorschriften der Reinigung für die Aerzte, Hebammen und Hebammenschülerinnen der Konigl. Frauenklínk in Dresden.* Dresden, 1891. — **Leumarie**. *Etude sur le traité d'accouchement de Philippe Peu, maître chirurgien de Paris*, Paris, 1991. — **Mensinga**. Prognose d. eheweiblichen Lebens, aus *Frauenartz*). Neuwied, 1892. — **Montgomery**. Conditions following parturition requiring abdominal section. *Tr. M. Soc. Penn.* Philad., 1891, XXII, 177. — **Ogata**. *Beitrag zur Geschichte der Geburshulfe in Japan* Freiburg, 1891. — **Pinard**. Des réformes de l'enseignement obstétrical à la Faculté de médecine de Paris. *Gaz. hebd. de med.*, Paris, 1891, XXVIII, 582. — **Rivière**. Rhumatisme articulaire aigu généralisé réveillé par le traumatisme de l'accouchement. *Archiv. clinique de Bordeaux*, nº 1, janv. 1892. — **Roy**. *Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement*, Paris, 1891. — **Lagneau**. *Une question d'assistance. Les mères délaissées. Maternités-ouvroirs.* Orléans 1891. — **Spiegelberg**. *Lehrbuch der Geburtshülfe fur Aerzte und Studirende*, 1891.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

LA KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

I. — Préambule.

Depuis quelques années, on parle beaucoup de massage gynécologique. On en parle trop et pas assez. Trop, parce que la plupart des écrits qui le mentionnent sont inspirés par des travaux allemands, et qu'en Allemagne le traitement original suédois a été presque partout dénaturé. Pas assez, parce qu'il s'agit en réalité d'une decouverte de haute importance, que l'intérêt des malades et de la science doit faire étudier à fond.

Pour entreprendre cette étude et m'acquitter de ma mission, j'ai fait deux voyages en Suède, l'un pendant l'été de 1891, l'autre à la fin de l'hiver 1892. Dans l'intervalle et depuis mon retour je me suis occupé de la question théorique, de

(1) Rapport adressé à S. E. le Ministre de l'Instruction publique, et lu devant l'Académie de médecine dans la séance du 26 juillet 1892.

la bibliographie déjà encombrée, et j'ai mis pratiquement à l'essai les notions que j'avais acquises.

C'est à Göteborg ou non loin de cette ville, dans une station balnéaire du nom de Marstrand que j'ai été initié à la méthode par le Dr Helleday, élève de Brandt inventeur du traitement. Le Dr Helleday est un praticien justement réputé en pays scandinave pour sa compétence scientifique et son honorabilité. Je me plais à lui rendre ici un juste hommage.

Cette année, je me suis rendu auprès du maître lui-même, auprès de Brandt que j'ai trouvé exerçant son art du matin au soir malgré ses soixante-quatorze ans. « Soyez le bienvenu, m'a-t-il dit. Je vous avais fait écrire de ne pas entreprendre ce long voyage, parce que je ne parle pas votre langue. Vous êtes venu quand même. Ce n'est pas ma bonne volonté qui vous manquera. »

En effet, Brandt après m'avoir envoyé un premier message pour me dire qu'il se tenait à ma disposition, m'en avait adressé un second dans lequel il me déconseillait de venir. Je suis parti quand même et ne l'ai pas regretté. Ne connaissant pas Brandt personnellement, et connaissant par contre le jugement sommaire porté jadis en France sur sa méthode, je m'étais demandé si son désistement de la dernière heure n'avait pas d'autre cause que l'obstacle matériel de la langue. C'était, en réalité, simple excès de scrupule d'un homme qui pousse la conscience à l'extrême, car — j'ai hâte de le dire — j'ai conçu pendant mon séjour en Suède, une singulière estime pour son élévation morale. On ne saurait, je crois, pousser la sincérité, le dévouement au bien, et le désintéressement plus loin que ce praticien qu'on vient consulter de tous les points de l'Europe sans qu'il ait jamais songé à s'enrichir.

Ce sont là des gages à la confiance. La probité scientifique peut se mesurer à la probité morale. Reste l'utopie toujours possible. Brandt est-il un utopiste ? Je viens de faire une première réponse à cette hypothèse. Si l'utopie existe, elle dure et prospère depuis plus de trente ans, période durant

laquelle Brandt en pleine activité a vu parfois cent malades par jour à sa consultation. Si l'utopie existe, elle est en train de faire le tour du monde. C'est l'Allemagne qui la première accueillit les idées de Brandt. Il ne s'occupait guère que de la propagande des faits, toujours plus éloquents que les brochures et les mémoires, lorsque l'université d'Iéna le fit venir et donna le baptême officiel à sa méthode. Il est naturel que les sympathies de Brandt soient acquises au corps professoral qui l'a consacré. Aussi ai-je été touché de la façon dont il m'accueillit malgré son grand âge, moi qui, sur 86 médecins venus à Stockholm pour étudier sa méthode, étais le premier Français d'origine. J'ai été touché, dis-je, mais non étonné. Professeurs de faculté, médecins praticiens, tous ont tenu à me témoigner ou le souvenir qu'ils avaient conservé de notre école à laquelle plusieurs se sont formés, ou la haute estime dont ils honorent la science médicale française, ou simplement la sympathie populaire que les Suédois, ces Français du Nord, conservent pour notre pays.

Je tenais à m'enquérir de l'opinion du corps médical et surtout de ses membres les plus autorisés sur leur compatriote, professeurs, agrégés de la Faculté, assistants ou privat docenten de l'Institut central et des policliniques, et je la résume, pour l'honneur de la Suède, dans ces mots de l'un des gynécologues les plus autorisés de Stockholm : « les bienfaits de la méthode de Brandt ne sont plus discutables » ; mais je m'aperçus vite que si son mérite n'était plus contesté il était volontiers diminué par beaucoup de praticiens. La chose s'explique aisément. Un reste de vieux levain fermente encore contre lui. Nul n'est prophète dans son pays quand il est séparé de l'Église. Or Brandt n'est pas docteur. Il appartient à une catégorie de médecins spéciale à la Suède, catégorie comparable à celle de nos officiers de santé avec une instruction et surtout une situation sociale supérieures. Les docteurs scandinaves ont de la peine à avouer que *quelque chose de bon puisse venir de Nazareth.* Malgré l'éloquence des faits, malgré le brevet donné par l'Allemagne, malgré

l'honneur fait au pays, ils ne se résignent pas tous à reconnaître la supériorité d'un empirique.

Combien de Français auraient été Suédois sur ce point?

On ne devrait pas oublier que les qualités d'observation ne se mesurent pas aux titres acquis, et la vanité doctorale se trouverait bien de méditer ces paroles de Priestley qui, lui aussi, fut un grand aventurier de la science : « il arrive à la chasse, que ceux qui ont le plus battu le terrain, et qui par conséquent le connaissent le mieux, se fatiguent inutilement sans faire lever le gibier, qui peut partir dans les jambes d'un simple promeneur ». Un jour la Suède entière s'honorera du nom de Brandt.

II. — **Historique et critique bibliographique.**

Voici la curieuse origine du traitement. En 1847, quatre ans après que Brandt eut terminé ses études de médecin-gymnaste à l'Institut central de Stockholm, un homme atteint de chute récente du rectum réclama ses soins. Il n'y avait pas de docteur dans la localité où Brandt exerçait. Désireux de soulager ce malade, il pensa que s'il réussissait à exercer des tractions de bas en haut sur l'S iliaque, il remettrait peut-être les choses en place. Utilisant les notions anatomiques et physiologiques qu'il possédait, il fit prendre à cet homme une position analogue à celle qu'on donne pour l'opération de la taille périnéale, mais en relevant un peu le tronc de façon à rapprocher les côtes de la symphyse pubienne pour faciliter le relâchement de la sangle abdominale. Puis il se mit à droite du malade et lui recommandant de ne résister nullement, de se laisser aller, de respirer à l'aise, il enfonça avec prudence, mais très profondément la main dans la fosse iliaque gauche. Alors faisant cheminer les doigts, et entraînant le paquet intestinal dans la direction de l'épaule droite, avec un léger mouvement vibratoire il eut la satisfaction de voir que son idée n'était pas une chimère. Le rectum rentra dans l'excavation et y resta. *Cette manœuvre d'***élévation viscérale** *devait devenir*

plus tard une des inventions les plus originales de Brandt dans le traitement des affections du bas-ventre de la femme.

A la même époque, Brandt traitait un grand nombre de femmes par le massage général combiné avec la méthode gymnastique de Ling. Parmi elles, il en voyait beaucoup atteintes de diverses misères que la sience doctorale ne guérissait pas. Toujours dans la pensée de soulager — ç'a été, je crois, la préoccupation dominante de sa vie — il chercha à se débrouiller dans le chaos des affections gynécologiques. L'une d'elles, la plus simple, toute mécanique, d'un diagnostic aisé, de même nature et de même nom que l'affection guérie par lui en 1847, captiva d'abord son attention. Je veux parler du prolapsus utérin. Il se mit à étudier la configuration, les rapports et surtout les moyens de fixation des organes génitaux et il lui vint cette idée bizarre, en contradiction avec ce que nous savons ou croyons savoir des causes du prolapsus, qu'il suffirait d'élever l'utérus comme il avait élevé le bout inférieur de l'intestin pour le faire rentrer définitivement et le remettre en place. Le 10 août 1861, il put exécuter son projet. Il fit pénétrer ses deux mains ouvertes et en supination au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, saisit le corps de l'utérus et l'éleva doucement. Cette manœuvre fut répétée le lendemain et les jours suivants et en peu de temps le miracle fut obtenu. La réduction se maintint. Brandt pensa que ce qui avait réussi pour un prolapsus réussirait à plus forte raison pour de simples abaissements. Il eut plus de succès que d'échecs.

Le scepticisme avec lequel ces faits furent accueillis se devine. Cependant plusieurs étaient hors de contestation, en particulier celui de la femme sur laquelle fut inauguré le traitement. Elle portait l'utérus prolabé dans un filet. Point n'était besoin de compétence professionnelle pour un tel diagnostic; mais la plupart des médecins haussèrent les épaules sans rien examiner. Quelques-uns seulement se donnèrent la peine de réfléchir, d'aller voir, et d'expérimenter eux-mêmes. Le D[r] Levin fit une communication à la Société de mé-

decine de Stockholm. Une discussion suivit et certains faits ne paraissant plus contestables, on contesta la nouveauté du procédé. Il était cependant, certes, assez original ; mais c'est la marche ordinaire de la critique envieuse.

Hartelius, professeur à l'Institut central, esprit droit, prit la défense de son compatriote (1) et lui donna le judicieux conseil de faire précéder tout traitement d'une exploration minutieuse et d'un diagnostic exact contrôlé par les médecins. Or, la majorité de ceux-ci refusa le contrôle et la minorité fut si violemment critiquée par la presse, que Brandt n'osa plus exposer ses amis à pareille mésaventure : « Je me contenterai, disait-il, de la guérison des malades. Heureusement, c'est quelque chose ».

Il sut mettre à profit les conseils d'Hartelius. Toutes les abandonnées de la gynécologie — et il n'en manquait pas alors — affluant chez lui, il s'exerça au diagnostic, se créa une méthode d'exploration et acquit une prodigieuse habileté. Peu à peu, et par une expérience toujours croissante, il conçut tout un traitement fondé sur l'exactitude et la finesse du diagnostic. Il s'aperçut que par le massage direct de l'utérus on modifiait son volume, sa consistance, ses sécrétions, que par les manœuvres d'élévation on rendait dans certaines circonstances aux ligaments leur tonicité, que les organes adhérents pouvaient être dissociés et rendus libres. Au massage, il joignit comme moyen curatif en les modifiant, les divers mouvements gymnastiques de Ling, et puisa dans ses succès cette confiance que les confrères lui avaient refusée. Sa seule satisfaction était de guérir ce qui était réputé inguérissable et peut-être aussi, à mesure qu'il passait maître dans l'exploration, de rectifier quelques-uns de ces diagnostics dont on lui avait refusé l'attestation écrite.

J'ai dit que Brandt se contentait de la propagande des faits. Je me trompe. En 1864, il avait publié une brochure :

(1) Hygiæa. — *Journal Suédois*. Mars, 1865., p. 53.

affections utérines et prolapsus (1). En 1868, il en publia une seconde et — chose curieuse — notre pays en eut la primeur.

Il eut en effet la malencontreuse idée de faire traduire, ou plutôt travestir en français un petit livre offert sous un aspect tel qu'il était fatalement destiné à être lu avec le pouce et jeté au panier en compagnie des réclames de charlatan. L'auteur semble ignorer les termes élémentaires de la gynécologie et être incapable d'énoncer un diagnostic. Il est question dans son travail d' « endurcissements de la matrice » comme dans les traités du XVI[e] siècle. La méthode est qualifiée de magnétique. Comme dans certains prospectus d'origine non douteuse, on y trouve quantité de certificats de guérison donnés par X. Z. ou N. Enfin, l'auteur se présente comme un major de l'armée suédoise, chevalier de l'ordre de l'épée, capitaine du régiment d'infanterie de Skaraborg. Ces titres devaient paraître le comble du ridicule aux Français, surtout aux Français assez nombreux qui confondent les Suédois et les Lapons, et produire l'irrésistible effet d'un traité d'obstétrique, dont l'auteur s'intitulerait : B., accoucheur au 7[e] zouaves. Donc ce mémoire portant sa condamnation sur la couverture même, passa inaperçu ou à peu près. Il fut l'objet d'un article de journal qui traita Brandt de « malhonnête », ses malades de « femmes éhontées » et prit soin de lui faire parvenir ce compliment. Brandt rentra dans sa coquille. Malmené et même vilipendé à l'étranger comme dans sa patrie, il s'abstint de parler et d'écrire.

Aujourd'hui, après vingt-quatre ans écoulés, et pour qui connaît Brandt et sa méthode, cette brochure a l'intérêt d'une curiosité. Elle contient son traitement en germe, à l'état embryonnaire et confus. Elle est le miroir de ses défauts et aussi de ses qualités innées d'observateur. On sent que rien n'est copié dans les livres, et tel tableau étiologique des maladies des femmes a la franche saveur d'une

(1) Pour toute la bibliographie, consultez l'index.

page de Mauriceau ; mais ce n'est, je le répète, qu'une curiosité.

En 1873, Brandt eut la satisfaction de voir un médecin de Christiania, le D[r] Nissen, se mettre délibérément à son école. Ce fut, je crois, son premier élève. Il resta son ami dévoué. Nous le retrouverons compagnon et collaborateur de Brandt quand l'université allemande le fit venir à Iéna. Un an auparavant, le professeur Sköldberg, de Stockholm, frappé des résultats obtenus, l'avait engagé à s'établir dans cette ville pour donner à sa méthode la publicité et la sanction dont il la jugeait digne. Brandt jouait de malheur. Le professeur mourut dans le cours de la même année, au moment où il signalait aux étudiants, l'importance du traitement. A la même époque, ou vers la fin de 1871, un Suédois, devenu depuis Parisien, mais qui exerçait alors à Stockholm et s'adonnait à la gynécologie, constata la guérison complète de femmes atteintes d'affections chroniques des organes génitaux. Ces femmes, après avoir erré de médecin en médecin, de traitement palliatif en traitement palliatif, s'étaient en définitive adressées à Brandt. Il comprit l'importance de cette trouvaille et sans étudier à fond les principes du traitement, se contentant de l'idée de massage dont il appréciait la justesse, convaincu sans doute que ce qu'un empirique avait inventé, lui, docteur, le réinventerait sans peine en le simplifiant et le perfectionnant, il se composa une méthode hybride et incomplète. Je parle du D[r] Norström, et j'insiste sur son erreur, parce que la plupart des Allemands, Prochovnick en particulier, l'ont commise à leur tour, et *qu'on la commettrait facilement en France*. Les publications de Norström sont nombreuses : communication à l'Académie en 1876, mémoire consécutif, collaboration à une thèse qui fut présentée mais non soutenue à la Faculté et qui valut à l'auteur une réprimande analogue à celle que Costa s'attira

en proposant l'accouchement prématuré (1); deuxième, troisième et quatrième mémoire sur le massage des affections de l'utérus et des annexes en 1889, 1891 et 1892. Quatorze ans séparent les premières monographies des dernières en raison de l'accueil fait à celles-là. Norström n'en reprit le cours qu'après l'adoption de la méthode de Brandt par l'Allemagne. Il s'enhardit alors et publia une série d'observations prises pour la plupart dans le service du Dr Péan, à l'hôpital St-Louis. Quelles que soient les critiques qu'on puisse faire de ses ouvrages, ils ont une valeur documentaire, et Norström est chronologiquement, après l'opuscule original de Brandt, le premier qui ait cherché à introduire en France *une sorte* de massage gynécologique, mais il n'a pas rendu hommage à son compatriote, et s'est constamment écarté de ses principes.

Les principes de la méthode suédoise ont fait le sujet d'un livre publié par Brandt en 1884 à Stockholm. Je tenais beaucoup à le connaître, car c'est le seul qui soit écrit de sa main. D'autres ont été publiés depuis en Allemagne, et d'après ce livre, avec des changements, des corrections et même des perfectionnements ; mais ils ne sont plus de l'homme même et je voulais connaître l'homme même. On me déconseillait ce travail comme au moins inutile. « Le livre, me disait-on, est mal fait ; il n'a rien de scientifique ; certains passages sont incompréhensibles. » J'ai tenu bon. Point n'est besoin de voir un médecin à l'œuvre pour juger s'il est observateur et clinicien. Un livre de sa composition, parfois une simple

(1) L'accouchement prématuré artificiel, cette découverte qui a sauvé et sauve tant d'existences, fut condamné au nom de la morale. Ladite thèse fut condamnée au feu, pour sacrilège, mais sans l'intervention du bourreau, parce qu'on vivait en plein XIXe siècle. A ce propos je ferai remarquer que je n'ai pas traité une seule fois dans ce rapport la question puérile et antiscientifique de convenance et d'inconvenance du traitement dont parlent les auteurs. Le palper est inconvenant, le toucher est inconvenant, le spéculum est inconvenant, toute la gynécologie et la tocologie sont inconvenantes. Quant au danger d'excitation génitale, *tout, dans la méthode de Brandt, est combiné pour le conjurer.*

communication suffisent. Si Brandt avait, comme je le croyais, ce sens inné, ce don qu'on appelle esprit clinique, son livre, fût-il imparfait, devait en porter le sceau, comme il devait garder le reflet de sa stricte probité. Je ne m'étais pas trompé. J'accorde que le livre est mal construit, incomplet, nullement didactique et qu'il manque de plan et d'ensemble, mais la science médicale consiste avant tout dans l'observation et, à ce point de vue, le livre de Brandt est génial. Seulement dans l'intérêt même de la méthode et pour sa propagation, il était nécessaire de refondre l'ouvrage qui a tantôt perdu, tantôt gagné à ces remaniements dont les élèves de Brandt et les Allemands se sont chargés.

C'est en 1886 que l'université d'Iéna invita Brandt à venir prouver au lit des malades que son traitement n'était pas une utopie. Schultze fit cette proposition, sur la demande de Profanter, que le bruit des guérisons opérées par Brandt avait attiré à Stockholm. Le voyage de Profanter eut lieu dans l'hiver de 1885 à 1886. Après avoir constaté l'excellence de la méthode, il demanda à Brandt s'il ne consentirait pas à venir en Allemagne pour la soumettre au contrôle de l'autorité gynécologique du professeur Schultze. Brandt accepta et, au mois de novembre 1886, se rendit à Iéna avec le Dr Nissen, son élève, une aide femme, Mlle Johanson, et le Dr Profanter. On réunit seize cas divers dont on demanda d'abord à Brandt le diagnostic. Malgré le témoignage de Profanter, l'incrédulité générale et même le parti pris d'opposition de quelques médecins présents dominaient. « Sait-il seulement faire un examen, disait-on ? »

Brandt examina à sa façon et sans chloroforme. Les Allemands examinèrent à leur tour, à leur façon, et pendant la narcose. Grande fut leur stupéfaction. L'empirique par sa palpation et son toucher fins et délicats, était arrivé, en pleine veille, en pleine résistance des malades, aux mêmes résultats que les gynécologues de profession par l'exploration bimanuelle forcée, en pleine résolution. C'était à croire que ses doigts avaient des papilles spéciales. « Il

explorait les ovaires aussi bien que nous, dit un témoin oculaire allemand, Skutsch. Ses diagnostics avaient la précision des nôtres. Il examinait avec une aisance remarquable les cas les plus difficiles. » Bref, on nota par écrit l'état des malades. Le professeur Schultze fit des dessins schématiques ; puis les femmes furent confiées au traitement suédois dont les effets restaient à démontrer.

Au nombre des cas, il en était un typique de paramétrite. Profanter, dans sa brochure sur le massage gynécologique, en a donné une description dont la précision laisse peu à désirer. Les schémas de Schultze accompagnent cette observation, écrite au jour le jour.

Il s'agissait d'un exsudat occupant toute la largeur du bassin, c'est-à-dire l'étendue des ligaments larges. L'utérus était en latéro-version gauche ; son col fixé; le corps revenant en arrière et à gauche avec la force d'un ressort, quand on le soulevait pendant la narcose. Les ovaires étaient englobés dans la masse paramétritique. La malade souffrait du côté gauche, avait du ténesme vésical, une miction et une défécation douloureuses ; les règles ne l'étaient pas moins et des attaques hystériques les précédaient. Le traitement fut institué le 22 novembre. Le 26, l'utérus était devenu assez mobile pour se laisser pousser dans la ligne médiane. Le ténesme vésical avait disparu ; les garde-robes étaient indolores. L'exsudat s'amollissait. Le 23 décembre, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, les règles commencèrent. L'époque prémenstruelle avait été un peu douloureuse, l'époque menstruelle fut indolore. Le 7 janvier l'utérus était redressable, son corps porté à droite, le col à gauche. Abandonné à lui-même, il reprenait la position primitive. Le 12 janvier on pouvait palper l'ovaire gauche encore fixé comme l'ovaire droit, gros et douloureux à la la pression. On les avait perçus à travers les brides, l'un le 1er décembre, l'autre le 24. Le 23 janvier ils étaient mobiles tous deux, de grosseur normale, non douloureux et occupaient le bord du psoas. Le traitement avait duré 52 jours.

Dans les quinze autres cas soignés par Brandt à Iéna, les Allemands citent celui d'un utérus rétrofléchi, irréductible, adhérent au rectum, qui fut séparé de l'intestin, réduit et mis en antéversion normale dans l'espace d'un mois, et d'un hématome gros comme le poing dont la résorption se fit rapidement. Brandt ne fut pas aussi favorisé dans toutes les affections qu'il traita en Allemagne ; mais il eut toujours au moins une amélioration, et, chose importante à noter, la chronique ne relate aucun accident. Elle s'empresse même d'en signaler l'absence, et on rechercha avec soin la moindre élévation de température. Un assistant, ennemi juré de la méthode avant de laconnaître et difficile à convertir, poursuivait les malades le thermomètre à la main.

Une des guérisons les plus remarquées et les plus remarquables fut celle d'un prolapsus utérin total. La descente de l'organe avait commencé onze ans auparavant. Elle se compléta huit ans après, à la suite d'efforts faits en soulevant un pesant fardeau. La malade était relativement jeune : 34 ans. Le périnée mesurait un centimètre et demi. Pas de rectocèle. Le vagin prolabé et l'utérus se laissaient refouler profondément dans le bassin pendant la narcose. Orifice cervical large, en ectropion. Ulcère de la lèvre antérieure, allongée. Ténesme vésical. Urines douloureuses. Violentes souffrances pendant la menstruation. Le 30 décembre 1886, Brandt commença le traitement par les manœuvres dites d'élévation. Dès le lendemain, l'utérus se maintenait dans le bassin. Par le toucher, on sentait les replis de Douglas fortement tendus. Du 1er au 30 janvier on constata que la situation et le volume du corps et du col se rapprochaient peu à peu de la normale. Le 31 janvier, on congédia la malade qui, d'ailleurs, avait fait de nombreuses promenades à l'hôpital dès le premier jour du traitement. Elle revint un an et trois semaines plus tard, après avoir repris sans inconvénient ses travaux, lavant, récurant, portant des fardeaux. Le col se trouvait un peu au-dessus de la ligne des épines sciatiques. La lèvre antérieure était égale en longueur à la posté-

rieure. Le paramètre était souple et indolore; l'ovaire gauche près de la symphyse sacro-iliaque, le droit dans le cul-de-sac de Douglas, tous deux insensibles à la pression. L'utérus était en rétroversion, et pour cette raison, Brandt ne considère pas le résultat comme parfait; ce qui prouve qu'il est difficile et exigeant pour lui-même, car, comme on vient de le voir et suivant les rapports de la clinique d'Iéna, les résultats obtenus étaient comparables à ceux de la plus heureuse opération chirurgicale.

Après ces officielles preuves de sa découverte, Brandt rentra dans son pays presque aussi obcurément qu'il en était sorti. Le bruit qui était né et qui grandissait en Allemagne autour de son nom était cependant parvenu jusqu'en Suède; il se renforça plus tard par les rumeurs de la presse germanique, mais les médecins suédois, qui se tiennent avec un soin remarquable au courant des moindres productions étrangères, semblèrent peu soucieux de cette découverte nationale que les Allemands proclamaient. Un peu plus de justice et de considération aurait honoré la patrie d'Olaüs Rudbeck, de Retzius, de Ling, de Berzélius et de Linné.

Les médecins allemands accoururent à Stockholm et se mirent à l'école de Brandt. Bientôt, de nombreuses brochures, articles de journaux, leçons officielles, observations variées, parurent à Vienne et à Berlin. Ces publications sont postérieures pour la plupart, au mémoire de Profanter que précède une préface de Schultze. Quelques-unes cependant et d'autres d'origine différente, sont antérieures, comme celles de Prochovnick qui, plus tard, a réuni en un volume ses expériences personnelles et ses résultats, très inférieurs à ceux de Brandt dont il ignore la méthode, bien qu'il prétende la connaître. On formerait aisément deux autres volumes avec le reste des travaux allemands. Il y a dans ce pays une sorte de démangeaison de se voir imprimer. Tous les auteurs, à l'exception unique, je crois, du professeur Schauta, dénaturent le traitement suédois. Quand l'erreur d'un écrivain consiste seulement en faits cliniques insuffisamment

décrits ou mal constatés, le lecteur, s'il a l'intelligence critique, fait vite la part des valeurs et des non-valeurs ; mais quand l'erreur est commise sur les principes mêmes d'une méthode, elle risque de s'accréditer et de faire tort à la méthode, à son inventeur et aux malades. Je sais par expérience combien il est difficile à un étranger de s'assimiler les idées et la manière de Brandt ; je ne voudrais pas me poser en redresseur de toutes les fautes publiées et je n'ai pas la prétention de posséder *intellectu manuque*, un traitement qui est l'œuvre de trente ans d'expérience ; mais déjà maintenant, je suis en mesure de prouver que dès l'apparition des premiers travaux sur le sujet, on a tronqué la méthode. Prenons par exemple un bon livre allemand, le livre *princeps*, à dater du séjour à Iéna, celui de Profanter. Ce n'est qu'un recueil d'observations ; la méthode n'est pas décrite. Il semble donc hors de critique à cet égard ; mais son titre seul prouve que l'auteur n'a pas saisi l'ensemble du traitement. Il est intitulé : Le massage en gynécologie. — *Die massage in der Gynækologie.* — Or, le massage n'est qu'une fraction du traitement et, de plus, dans le massage même et dans l'exploration, les Allemands ne se conforment pas à la technique suédoise.

Deux éditions de l'ouvrage de Brandt ont été imprimées en Allemagne, l'une à Vienne, l'autre à Berlin. La traduction viennoise du Dr Resch sabre les chapitres relatifs à la gymnastique, et pour le reste est souvent inexacte, mais dans quelques bonnes parties on retrouve les qualités du livre original. La traduction de Berlin est une transformation à laquelle un docteur suédois, Lindblom, élève de Brandt, a pris part. Elle est plus complète que l'ouvrage suédois et Brandt la considère comme supérieure. En ce moment, le professeur Schauta s'occupe d'une nouvelle refonte dont Brandt a fourni les matériaux. Le texte a été mis en allemand à Upsal. Ce sera le meilleur livre, suivant lui.

Les travaux suédois, très peu nombreux, se bornent à quelques monographies : une du Dr Nissen ; une autre du Dr Jo-

sephson et deux du Dr Lindblom. Ces dernières ont été publiées en allemand.

Les travaux français se composent, outre ceux de Norström, d'un article du Dr Goldspiegel-Sosnowska qui s'est louablement efforcé de donner une idée des principales pratiques de Brandt, et d'ouvrages Genévois, le mémoire de Vuillet peu conforme à la pratique suédoise et le livre des Drs Jentzer et Bourcart, trop schématique, mais dont les auteurs, soucieux des principes gymnastiques, ont cherché à être exacts et à faire valoir l'importance des mouvements musculaires. Je ne dois pas oublier le Dr Stas, d'Anvers, qui a communiqué à la Société de médecine de cette ville la traduction de l'ouvrage de Resch. Quant à nos traités de gynécologie, ou bien ils ne mentionnent pas la méthode de Brandt, ou bien ils déclarent ne pas la connaître, ou bien ils en nient les résultats, ou bien ils en donnent une description moitié tudesque, moitié fantaisiste.

J'aborde maintenant l'étude du traitement.

Les chapitres qui suivent sont le résumé des notions générales de pratique, acquises par moi en une seule année. Je ne prétends pas n'avoir commis aucune erreur, aucun oubli. Je prétends seulement donner une vue d'ensemble de la méthode telle que je la conçois aujourd'hui, et j'ajoute, une vue clinique. Les schémas, les théories, la bibliomanie et les statistiques ne sont pas mon affaire. On ne doit point juger cette brochure avec la sévérité d'un traité didactique que plusieurs années de travail peuvent seules mener à bien.

III. — **Traitement.**

DÉNOMINATION. — Je l'appelle kinèsithérapie *pour faire comprendre qu'il n'est pas uniquement constitué par le massage.*

DÉFINITION. — La kinèsithérapie gynécologique est l'art de guérir les troubles fonctionnels et les maladies des femmes, en agissant sur les organes génitaux et leur circulation, par des mouvements (κίνησις) tantôt directs (massage, élévation), tantôt indirects (gymnastique).

But. — La kinésithérapie gynécologique a pour but **la libération des organes génitaux et le rétablissement de leur intégrité anatomo-physiologique, sans opération tranchante, sans appareils chirurgicaux, sans médication, sans repos absolu ni prolongé.**

Tel est l'idéal visé; on l'atteint dans plus d'un cas.

Durée. — Elle est fort variable; exceptionnellement courte; parfois très longue; trois mois en moyenne. En général, plus l'affection est ancienne, plus les progrès sont lents.

INDICATIONS

Le traitement est indiqué par les simples troubles fonctionnels, par les déviations organiques, déplacements de l'utérus et de ses annexes, prolapsus, versions et flexions qui altèrent la santé; par les adhérences et fixations anormales, par la brièveté acquise ou la contracture des ligaments, par leur défaut de tonicité, par les exsudats péri et paramétritiques, lymphatiques et sanguins, par les inflammations chroniques et subaiguës du parenchyme et de la muqueuse du corps et du col utérin, formes multiples de la métrite et ses conséquences, leucorrhée, hémorrhagies, fongosités et ulcères, par les inflammations chroniques et subaiguës des ovaires et des trompes, oophorites, périoophorites et salpingites; enfin, par tout ce qu'on peut réunir sous le nom de misère gynécologique, misère telle dans certains cas, que le praticien à bout de ressources, se décide après temporisation à des opérations plus ou moins graves qui ne réussissent pas toujours et parfois compromettent ou suppriment la vie génitale.

CONTRE-INDICATIONS

Le traitement est contre-indiqué, *relativement*, par l'état aigu; *absolument*, par la purulence et les néoplasmes malins ou bénins. Sont exceptées cependant dans cette dernière catégorie, les petites et moyennes tumeurs utérines dont l'élimination ou l'atrophie pourrait être favorisée par la mé-

thode suédoise ou qui seraient la source d'accidents qu'elle conjure ou atténue. Tels sont certains polypes et leurs hémorrhagies.

CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR ÊTRE BON OPÉRATEUR

Outre la connaissance exacte des mouvements gymnastiques spéciaux institués par Brandt, d'après les principes généraux de Ling, outre un tact exercé et l'habitude du diagnostic, toutes choses qui s'acquièrent par la pratique et se perfectionnent singulièrement par l'application rigoureuse de la méthode, le médecin doit avoir des qualités de main particulières, grande souplesse articulaire, écart considérable du médius et de l'index de *la main gauche qui seule sert au toucher*.

La main droite exclue de l'exploration interne, l'extension de tous les doigts au lieu de la flexion du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire en usage dans tous les pays, m'ont frappé et même choqué lors de mon premier voyage, et à l'arrivée, comme une bizarrerie ; mais j'ai vite compris l'utilité de cette attitude, pour une pénétration profonde, et ce que faisait gagner l'écart du médius et de l'index. Je fus surpris de voir que le Dr Helleday dont les doigts étaient moins longs que les miens, explorait plus haut et plus loin. J'examinai ses mains et je constatai qu'il obtenait à force d'habitude et par le seul effort musculaire, sans pression adjuvante, un écart du médius et de l'index supérieur au mien de près de trois centimètres. Cela s'acquiert encore par l'exercice, fort heureusement, car par la grandeur de cet écart on atténue dans une certaine mesure, mais dans une certaine mesure seulement, un inconvénient presque irréparable. Je veux parler de la brièveté naturelle de l'index. Inutile de songer à pratiquer le traitement quand on a des doigts courts, et c'est ce qui fait l'infériorité de la plupart des femmes dans ce genre de pratique, autant et même plus que le défaut de force. Brandt doit en partie son extraordinaire habileté à sa conformation physique. Ses mains

ont une mollesse, une flaccidité qui frappent la première fois qu'on les saisit, et son index mesure de l'interligne articulaire métacarpo-phalangien à la pulpe, dix centimèt., c'est-à-dire huit millimèt. de plus que la moyenne générale, même chez les hommes de sa taille, que j'évalue approximativement à 1 m. 80 c. Je donne la longueur absolue de l'index de Brandt, la longueur du squelette. Elle représente à peu près chez lui la longueur utile. Celle-ci doit être mesurée du milieu du pli inter-digital refoulé en arrière. Ce pli et la petitesse d'écart, du médius et de l'index font perdre plusieurs millimètres de longueur ; mais par l'exercice on regagne le terrain perdu. Donc, bien que les dimensions congénitales du doigt aient une grande importance surtout quand le bassin est profond, et les tissus gras ou résistants, on peut, à condition de se conformer à la technique Suédoise, devenir habile praticien, avec un index moyen, un peu d'adresse, beaucoup de patience, et l'esprit d'observation qui enseigne comment en modifiant l'attitude de la femme, on parvient à atteindre des organes qui semblaient inaccessibles.

Le traitement de Brandt n'exige aucun appareil, aucun instrument spécial. Une chaise longue et un tabouret forment tout l'attirail, les doigts, les seuls outils ; cependant pour un traitement complet on ne saurait se passer d'aide. C'est l'unique complication de toute cette simplicité mais c'est une réelle complication. Un aide suffit. Il doit avoir l'expérience non seulement des exercices musculaires, mais de la manipulation spéciale dite élévation de l'utérus. On choisit d'ordinaire une femme. Elles sont très aptes à bien faire l'élévation. Dans le choix de l'aide il faut encore avoir égard à la conformation de la main ; mais point n'est besoin de longs doigts. Au contraire, une main courte et mousse est préférable.

RÈGLE DU TRAITEMENT

Les séances sont d'ordinaire quotidiennes. Toute interruption prolongée est préjudiciable. On ne les suspend pas

pendant la menstruation, surtout en cas d'adhérences, pour bénéficier de l'assouplissement des tissus auquel ce phénomène prédispose comme la grossesse. Il est préférable que la malade se rende chez le médecin, car en principe elle ne doit pas s'aliter, et faire chaque jour un exercice proportionné à ses forces. Le rectum doit être vide autant que possible *en tous cas* la vessie, et la digestion faite. Les séances se composent, si le traitement est complet : 1° de mouvements gymnastiques ; 2° du massage et de la manœuvre d'élévation ; 3° de mouvements gymnastiques.

Chaque traitement est précédé et chaque séance est accompagnée de l'exploration, **qui doit être pratiquée suivant la méthode créée par Brandt ; position de la main de l'opérateur ; attitude de la femme.** *(A suivre.)*

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Suite) (1)

Par le Professeur **A. Pinard.**

Le résumé de la longue observation qui précède peut être donné ainsi : Femme primipare toujours bien réglée ; a une suppression à la fin de mai 1888 et éprouve bientôt après des accidents qui la font entrer dans le service du Dr Siredey où elle reste trois mois et où on porte le diagnostic de grossesse et de fibromes utérins. Puis cessation des accidents jusqu'à la fin de janvier 1889. A ce moment les mouvements de l'enfant ne sont plus perçus, des douleurs apparaissent et cette femme entre à la Maternité de Lariboisière où, en raison de la présence : 1° d'une tumeur mobile contenant un fœtus, et se con-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1892, p. 1.

tractant d'une façon assez manifeste pour prendre une consistance ligneuse; 2° de tumeurs solides et immobilisées dans l'excavation, je porte le diagnostic de rétention d'un fœtus mort dans la cavité d'un utérus fibromateux. Aucun incident pendant les mois de février et mars. Mais à la fin de ce mois, apparition de quelques gouttes de sang; écoulement sanguin qui apparaît ensuite à peu près périodiquement tous les mois et qui détermine chaque fois, à partir du mois de mai, des poussées de péritonite; accidents inflammatoires immobilisant progressivement la tumeur contenant le fœtus et amenant à une intervention. Opération montrant l'épaisseur considérable des parois kystiques, dénotant la présence d'artères volumineuses dans l'épaisseur de ces parois. Enfin, élimination lente du placenta, résorption de toutes les tumeurs qui avaient été prises pour des fibromes.

Si, au point de vue de la symptomatologie, nous constatons ici, pendant la grossesse, une marche assez fréquente (accidents pendant les trois premiers mois, puis cessation des symptômes anormaux), il n'en est plus de même après la mort du fœtus.

Tout d'abord j'ai commis une erreur de diagnostic et j'ai cru qu'il s'agissait d'une rétention du fœtus mort dans un utérus fibromateux, et cela pour les raisons suivantes : Cette femme avait été soignée dans le service du Dr Siredey et arrivait avec le diagnostic de ce service, *grossesse et fibromes*. Mon examen me démontrait : 1° la présence d'une tumeur mobile dans sa partie supérieure *et se contractant* (tumeur qui contenait un fœtus mort, puisque j'avais la sensation de crépitation osseuse de la tête); 2° l'existence de tumeurs dures et immobiles remplissant l'excavation.

Je pensais avoir affaire à une rétention prolongée du fœtus semblable à celle que mon ami le professeur Alphonse Herrgott a cru observer et dont il a publié la relation (1). Et comme lui, j'attendis que le travail se déclarât. Pendant

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie*, 1889, et *Annales de gynécologie*, 1890.

cette expectation j'eus l'occasion de montrer cette femme à M. Tarnier, aux professeurs F.-J. Herrgott et A. Herrgott et le même diagnostic fut porté par tous.

Si j'avais eu à cette époque l'expérience que j'ai aujourd'hui, je n'aurais pas hésité à reconnaître mon erreur en voyant un écoulement sanguin apparaître le 26 mars, puis ensuite à peu près périodiquement tous les mois. J'aurais affirmé la grossesse extra-utérine et j'aurais opéré cette femme beaucoup plus tôt.

Mais, je le répète et j'insiste beaucoup sur ces points, d'une part je ne pouvais croire qu'un kyste fœtal pût se contracter avec autant d'énergie, et d'autre part, je croyais à une rétention prolongée causée par la présence de fibromes. Je me trompais et je crois que l'observation du professeur A. Herrgott ne doit pas être acceptée avec son titre. Malgré le long rapport lu à l'Académie de médecine dans la séance du 3 décembre 1889, je ne puis admettre cette observation comme un cas de rétention fœtale prolongée dans un utérus, et il serait facile de démontrer, je pense, qu'il s'agissait simplement d'une grossesse extra-utérine.

Pour terminer cette discussion, je tiens à faire remarquer le retour des règles survenant deux mois environ après la mort du fœtus et déterminant d'abord simplement de la tension du kyste (voy. observations précédentes), puis consécutivement des phénomènes péritonitiques. Ce sont là des éléments qui doivent servir au point de vue des indications opératoires

Obs. VI (1). — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Rupture du kyste fœtal. Laparotomie in extremis. Mort.* — Je dois ces renseignements à mon ami le Dr Emile Turquet, de Méry-sur-Seine, qui a soigné et m'a adressé cette femme.

Madame A....., âgée de 37 ans.

(1) Les deux observations précédentes et celles qui suivent ont été rédigées par nos chefs de clinique, MM. Boissard, Potocki, Varnier et Lepage,

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — 12 ans de mariage sans grossesse, réglée régulièrement toutes les 3 semaines; quelques accidents de métrite chronique. Pendant les règles, les seins sont toujours gonflés et douloureux.

1er mai 1889. Apparition des dernières règles.

Le 2. Arrêt brusque des règles à la suite d'une émotion très vive; pas d'accidents consécutifs; les seins restent gonflés et sensibles.

Le 25. Deuxième époque des règles; elles ne paraissent pas; léger écoulement leucorrhéique accompagné de quelques tranchées. 8 ou 15 jours après surviennent quelques douleurs de ventre. Le 9 juin elles durent 4 heures.

14 juin. Pas de règles, mais douleurs violentes dans toute la région abdominale sans localisation. Ventre un peu sensible dans toute sa surface; au toucher rien d'anormal; les seins sont toujours gonflés; facies pâle, pas de fièvre, pouls normal, langue légèrement saburrale, constipation, dysurie légère.

Repos au lit, injections de morphine. Amélioration rapide au bout de quelques jours, mais le bas-ventre reste sensible, la constipation reste opiniâtre; au bout de cinq semaines la malade se lève et s'occupe de son ménage.

20 juillet. Phénomènes péritonitiques : vers midi, la malade étant couchée est prise subitement et sans cause aucune d'une violente douleur dans le bas-ventre avec forte envie d'uriner; les douleurs reviennent par crises toute la journée sans nausées ni vomissements, pas d'écoulement utérin. A l'examen, le lendemain, le ventre est ballonné et il existe un empâtement manifeste dans le flanc droit et la région de la fosse iliaque droite; la douleur est aussi beaucoup plus vive à ce niveau; au toucher le col de l'utérus est au centre du bassin. L'utérus n'est pas douloureux, douleur légère dans le cul-de-sac; pas de fièvre, léger embarras gastrique, défécation douloureuse, mictions répétées et difficiles.

Les jours suivants, les douleurs continuent par crises surtout le soir. L'empâtement augmente et une induration apparait au-dessus de l'arcade de Fallope.

Le 24. Le Dr Thèveny, de Plancy, est appelé en consultation et constate que l'induration enveloppe l'utérus. Traitement : révulsifs sur le bas-ventre, injections vaginales au naphtol, purgatifs répétés.

Du 2 juillet au 23 août. Les douleurs vives au début, diminuent sensiblement; l'induration fait des progrès surtout à droite et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; la constipation et la dysurie augmentent, l'embarras gastrique continue.

Du 23 août au 7 septembre. Les douleurs disparaissent, l'induration n'augmente plus, l'empâtement de la paroi abdominale s'efface, l'état général devient meilleur, l'appétit renaît et à ce moment le Dr Théveny et moi nous constatons :

A la palpation, une tumeur d'une dureté ligneuse, lisse, immobile, insensible à la pression, remplissant l'excavation à droite, remontant dans la cavité abdominale jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dépassant légèrement la ligne médiane pour descendre obliquement à gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la branche horizontale du pubis et se prolongeant à gauche le long de cette branche. A ce niveau, la tumeur semble plus molle, se durcit parfois et fait alors une saillie manifeste sur la paroi abdominale.

A l'auscultation de la tumeur à droite, on entend des bruits de frottements péritonéaux et un souffle léger analogue à un souffle maternel.

Au toucher, le col est un peu remonté et dévié à gauche; il est légèrement ramolli et perméable; le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur indépendante de l'utérus qui est déplacé en masse en haut et à gauche sous la branche pubienne; il existe un sillon entre le col et la tumeur.

14 septembre. Le professeur Pinard veut bien nous accompagner le Dr Théveny et moi, pour examiner la malade; il nous fait remarquer la forme lisse et globuleuse de la tumeur, son indépendance bien nette avec l'utérus; de plus, il constate que la tumeur est fluctuante et très tendue. Il fait alors le diagnostic de tumeur liquide développée au niveau des annexes de l'utérus et pouvant faire penser à un kyste fœtal extra-utérin ou à une hydro-salpingite, mais il croit plutôt à une grossesse extra-utérine.

Le 21. M. Pinard revoit la malade; la tension du kyste a notablement diminué, la fluctuation est très manifeste, la tumeur semble se réduire.

Les 23 et 24. Quelques phénomènes douloureux du ventre; les seins deviennent durs et sensibles; éruption d'acné sur le dos

(phénomènes se produisant habituellement chez la malade à l'approche des règles). Le kyste a sensiblement augmenté de volume. Il fait une saillie en avant, la tension est devenue très grande.

Le 27. M. Pinard revient une troisième fois, accompagné de M. le Dr Vannier ; ce dernier non prévenu examine la malade et fait le diagnostic de grossesse ectopique. Ce diagnostic est confirmé par M. Pinard. En effet, en pressant le mamelon du côté droit, on fait sourdre une goutte de lait; l'auscultation de la tumeur fait entendre un souffle maternel, mais pas de bruits du cœur fœtal.

15 octobre. Le kyste a augmenté de volume, il remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la tension en ce moment est un peu moins forte ; on commence à sentir à la surface de la tumeur quelques inégalités.

Le 19. Le souffle maternel augmente d'intensité, toujours pas de bruits du cœur fœtal, mais on perçoit manifestement des mouvements actifs du fœtus ; la mère, non encore prévenue du diagnostic, dit sentir des battements en bas et à droite ; au toucher, le col est très mou, la tumeur fait de plus en plus saillie dans le cul-de-sac, on y sent des parties dures.

Le 21. Époque des règles annoncée par des douleurs très vives, frissons, accélération du pouls sans fièvre. Le ventre est ballonné, sensible à la pression, le kyste est excessivement dur et tendu ; la défécation est douloureuse, dysurie. La grande tension du kyste rend l'auscultation difficile et ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 25. La tension du kyste a diminué et pour la première fois on entend manifestement les bruits du cœur fœtal ; le foyer d'auscultation siège un peu à gauche de la ligne médiane et à 4 travers de doigt du pubis.

10 novembre. Le kyste dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt ; la forme du ventre est irrégulière : globuleux à droite, il est aplati à gauche ; à droite et en bas, grosse saillie molle au niveau de laquelle on entend un souffle très prononcé ; en haut, tumeur moins saillante, mais dure et rénitente ; à gauche et en bas, la petite tumeur formée par l'utérus ; au-dessus on sent des parties dures et résistantes, c'est à ce niveau que se trouve le maximum des bruits du cœur qui deviennent très forts.

Le 13. La malade se plaint de démangeaisons ; éruption ortiée à la face, au cou, aux membres inférieurs.

Le 21. L'éruption s'atténue, les démangeaisons disparaissent; vers le soir, les mouvements actifs du fœtus qui habituellement étaient très fréquents et très prononcés, cessent tout à coup, sans aucun motif; le lendemain à l'auscultation, on ne peut retrouver le moindre battement du cœur fœtal.

Les 22, 23, 24. L'auscultation attentive et répétée ne révèle aucun bruit du cœur; les mouvements actifs n'ont pas reparu; le ventre semble s'affaisser. Il est sorti de la vulve à plusieurs reprises des débris de membranes, sans une goutte de sang. L'état général est satisfaisant, malgré un état nauséeux depuis le 22.

Le 29. Frisson violent qui dure une heure environ.

Le 30. Nouveau frisson moins fort, le facies s'altère, température 38°,5, P. 100, amaigrissement, perte d'appétit, le ventre n'est pas sensible.

1er décembre. L'état général s'altère avec une très grande rapidité, les yeux s'excavent. Pendant la nuit, frisson violent qui a duré 4 heures; température du matin 38°,8, P. 120. Le ventre est légèrement ballonné et sensible surtout à gauche, l'utérus se contracte souvent; écoulement par la vulve d'un liquide sanguinolent.

En présence de l'altération rapide et croissante de l'état général depuis deux jours, on décide de partir le jour même à Paris; le voyage est très bien supporté sans souffrance, et la malade arrive à la Clinique Baudelocque à 10 heures du soir.

La température est de 39°, le pouls fréquent et petit; facies abdominal.

Examen. — Du côté des seins, modifiés comme à l'ordinaire dans la grossesse, il s'écoule quelques gouttes de colostrum en pressant la base du mamelon.

Le ventre présente une forme irrégulière, la tumeur remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et offre sa plus grosse saillie en haut, à droite de la ligne médiane; à gauche saillie moins volumineuse séparée de la précédente par un méplat.

Par le palper, on a la sensation du ballottement fœtal; le siège occupe la grosse partie de la tumeur kystique, la tête est en bas et donne une sensation de crépitation.

Par le toucher, on arrive sur le col en partie ramolli, abaissé et nullement dévié; l'utérus facile à délimiter est assez mobile et remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le cul-

de-sac postérieur est en grande partie effacé et est occupé par la tête fœtale sur laquelle on arrive facilement, car elle n'est pas séparée du doigt qui explore par une grande épaisseur de parties molles, si bien qu'on pourrait peut-être donner la préférence à l'élytrotomie.

3 décembre. Soir, temp. 40°. Le ventre est extrêmement tendu et douloureux. Temp. 38°,6 ; à midi 40°,2. A deux heures et demie brusquement la malade est prise de douleurs abdominales horribles et ne cesse plus de crier; la malade prend le facies péritonéal, les extrémités se refroidissent, et le pouls est incomptable.

Diagnostiquant une rupture du kyste fœtal, le professeur Pinard fait à 4 heures et demie la laparotomie d'urgence.

OPÉRATION. — On fait à la malade une injection sous-cutanée avec 1 cent. cube de la solution suivante :

Morphine..............................	0. 10 cent.
Atropine..............................	0.005 milligr.
Eau de laurier-cerise..................	10 gr.

et on donne le chloroforme.

On fait une incision longitudinale de 9 à 10 centimètres à droite de la ligne blanche, pour éviter de blesser les anses intestinales extrêmement distendues par les gaz.

On arrive directement sur le kyste fœtal qui est réuni à la paroi abdominale par 15 sutures de soie phéniquée ; ceci fait, on incise le kyste d'où il sort des gaz fétides et un liquide sanieux et infect ; on retire, après avoir fait de grands lavages avec la solution au naphtol, un fœtus macéré, météorisé, du sexe masculin, pesant 950 grammes.

En introduisant la main dans la cavité kystique on cherche le siège de la rupture, mais on n'obtient aucun renseignement positif à ce sujet; on sent seulement à la partie supérieure, à travers la paroi du kyste, le paquet intestinal qui est extrêmement distendu par des gaz

On laisse le placenta en place et quatre pinces à forcipressure; on place trois tubes à drainage et on fait un pansement à la gaze et au coton iodoformé. L'opération a duré près d'une heure. On replace la malade sur son lit; facies péritonéal, refroidissement des extrémités, pouls à 180, irrégulier.

La malade meurt dans la nuit, à une heure.

Le 5. AUTOPSIE, faite le matin à 10 heures. — On enlève le pansement qui est imbibé de sang seulement à sa partie profonde; on

fait en fer à cheval une incision sur la paroi abdominale, de façon à pouvoir rabattre de haut en bas toute cette paroi ; ceci fait, on constate que le péritoine et les anses intestinales sont piquetés de taches noirâtres ; au niveau de la fosse iliaque droite, il existe un diverticulum rempli d'un liquide sanieux, purulent ; à la partie profonde, on trouve un orifice qui permet l'introduction du médius et qu'on pourrait prendre tout d'abord pour une solution de continuité du kyste ; un examen plus complet permet de reconnaître que cet orifice est dû au non affrontement en cet endroit de la paroi antérieure du kyste à la partie profonde de l'abdomen ; au contraire, sur toute la longueur de l'incision, il y a déjà un commencement de réunion entre les lèvres de la section de la paroi abdominale et la face antérieure du kyste ; on coupe les fils de suture. La paroi abdominale enlevée, le kyste fœtal apparaît ; il a le volume d'une tête de fœtus à terme ; sa paroi antérieure grisâtre est parcourue par une anse intestinale en fronde, si fortement adhérente sur tout son trajet qu'on ne peut la décoller et qu'on aurait pu couper si l'incision avait été faite sur la ligne blanche. Le kyste présente des adhérences sur presque toute son étendue, surtout à la partie postérieure : celles de la paroi abdominale sont au contraire peu marquées. Les parois du kyste ont une épaisseur de 2 centim. environ ; le placenta paraît volumineux et est inséré sur la face postérieure ; en faisant basculer le kyste pour le sortir de l'abdomen, on constate l'existence d'une rupture sur la paroi postérieure ; l'orifice de la rupture est irrégulièrement circulaire et permet l'introduction de l'index ; on constate en même temps la présence d'une grande quantité de sang dans la cavité péritonéale.

Pour mieux étudier la pièce, chercher à se rendre compte de la variété de grossesse ectopique à laquelle on a affaire, on enlève le kyste attenant à l'utérus et on fait congeler toute la pièce ; on fait alors quatre coupes qui permettent de voir très nettement les modifications dont l'utérus est le siège, et de préciser le siège de la rupture kystique et le lieu où s'est développée cette grossesse ectopique.

Ces coupes ont été publiées dans notre atlas (1) et démontrent que le kyste fœtal s'est développé sous le péritoine, entre celui-ci et la paroi postérieure de l'utérus, dont il l'a

(1) Voyez : *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, par PINARD et VARNIER, 1892, planches XIV à XXII et texte, p. 39.

décollé dans le sens vertical jusqu'à neuf centimètres au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin. Il s'agit donc d'une grossesse ectopique sous-péritonéale, intra-ligamenteuse, mais qui, à un moment donné, a dépassé de beaucoup les limites de ce ligament.

Elles font ressortir également la texture de l'énorme masse placentaire dont les dimensions totales sont les suivantes :

Hauteur, 19 centim. 5.

Épaisseur, 8 centim. 4.

Largeur, 18 centim.

Remarques. — Cette observation montre chez une femme primipare sans antécédents pathologiques : des accidents se produisant dès le début et se continuant pendant toute la durée de la grossesse ; la mort de l'enfant survenant au 7e mois quelques jours après l'apparition d'une éruption ortiée ; la purulence envahissant le kyste fœtal immédiatement après la mort du fœtus ; la rupture du kyste existant dans la loge placentaire derrière le placenta et non dans la loge fœtale ; enfin, les rapports du kyste avec l'intestin (passage d'une anse en cravate et adhérences sur la face antérieure du kyste) et avec le péritoine.

Obs. VII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois environ. Laparotomie 2 mois environ après la mort du fœtus*, par le Dr Ribemont-Dessaignes. *Extraction de la tête le 19e jour*, par le Prof. Pinard. *Guérison sans fistule.*

La femme qui fait le sujet de la 7e observation est une femme âgée de 32 ans ayant eu déjà un accouchement spontané et à terme et n'ayant aucun antécédent pathologique. Généralement bien réglée, elle vit apparaître ses règles pour la dernière fois le 15 avril 1889. Après avoir présenté la symptomatologie ordinaire, cette femme entra à la Maternité de Beaujon où mon collègue le Dr Ribemont-Dessaignes ne tarda pas à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine et c'est avec son agrément que je publie cette observation.

Mal installé pour opérer dans son service, il fit transporter cette malade à la Clinique Baudelocque le 2 décembre. Il pratiqua la laparotomie le 4.

Le kyste fœtal ayant été mis à nu et suturé, fut incisé. L'extraction du fœtus fut extrêmement laborieuse. L'extrémité pelvienne correspondant à l'incision fut saisie, mais le fœtus ne put être dégagé dans son entier. A la partie inférieure du kyste siégeait un étranglement qui correspondait au cou du fœtus, de telle sorte que la détroncation fut indispensable. Le tronc ayant été enlevé, la tête siégeait à une profondeur considérable. Le rétrécissement était tel à ce niveau que M. Ribemont-Dessaignes préféra laisser la tête plutôt que d'exposer la femme à un traumatisme dangereux. Le placenta et la tête du fœtus furent donc laissés dans le kyste. Ce dernier fut irrigué au naphtol matin et soir. Le 12e jour l'élimination du placenta commença et je fis l'extraction complète le 16e jour. Quant à la tête, je la broyai avec de fortes pinces et pus enfin l'extraire en totalité le 19e jour. A partir de ce moment les parois du kyste se rapprochèrent rapidement.

Cette femme, sortie le 2 mars en très bon état, revint dans mon service il y a quelques jours, et, sauf la cicatrice de réunion qui n'est nullement saillante, et qui ne présente ni fistule ni éventration, il ne lui reste aucune trace de sa grossesse extra-utérine. L'utérus est tout à fait mobile, bien au centre de l'excavation. Les règles sont régulières, l'état général est excellent et cette femme travaille aux champs du matin jusqu'au soir, aussi bien qu'elle le faisait auparavant.

Remarques. — La particularité la plus saillante de cette observation consiste dans la disposition du sac fœtal qui présentait une forme bilobée avec étranglement au niveau du cou. C'est cette disposition rare qui rendit l'extraction incomplète au moment de la laparotomie et qui nécessita le broiement de la tête 19 jours après. Enfin, il faut remarquer que, malgré cette complication, la guérison fut complète et rapide et que la cicatrice fut parfaite et l'est encore aujourd'hui.

Obs. VIII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Elytrotomie. Guérison.*

La nommée Boud..., âgée de 31 ans, entre le 18 janvier 1890 à la Maternité Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Cette femme est née à Paris; son père est mort à 68 ans, sa mère

à 55 ans, sa sœur et ses trois frères sont vivants et bien portants.

Quant à elle, elle a toujours été d'une bonne santé; réglée à 13 ans et demi et depuis toujours très régulièrement, elle est déjà accouchée deux fois : la première fois en 1879, la seconde en 1881. Ces deux accouchements à terme ont été faciles et spontanés; les suites de couches ont toujours été physiologiques. Les deux enfants mis en nourrice ont vite succombé. Depuis son dernier accouchement, les règles, non douloureuses, viennent périodiquement d'une façon très régulière.

Le 10 avril 1889, la malade voit ses règles pour la dernière fois et, en raison de la régularité antérieure de la menstruation, croit qu'elle commence une troisième grossesse; mais le début de cette grossesse probable ne ressemble en rien aux deux grossesses précédentes, en raison des douleurs qui ne tardèrent pas à se montrer. La malade va alors consulter au mois de juin, à l'hôpital Lariboisière : là on affirme l'existence de la grossesse; mais, d'après le dire de la malade, on ne put entendre les bruits du cœur. On conseille des bains. A partir de ce moment, la malade se sent de plus en plus fatiguée et les douleurs deviennent plus vives; ces douleurs de ventre sont intermittentes, revenant par crises, durant deux et trois heures. A partir d'octobre, la malade commence à maigrir; il y a un peu de fièvre et les nuits sont sans sommeil; en outre, il y a perte de l'appétit et des vomissements fréquents plus marqués encore au moment des crises douloureuses.

Au commencement de novembre, en se mettant sur le bassin, elle est prise de douleurs violentes qui l'empêchent de se relever. Une sage-femme appelée à ce moment pense que l'accouchement se fera dans la nuit; elle affirme que le fœtus est vivant et que l'extrémité céphalique est en bas. Bientôt les douleurs se calmèrent, mais la femme n'accoucha toujours pas. Un médecin, appelé huit jours après la visite de la sage-femme, pense que l'accouchement ne peut tarder à se faire.

Les choses restèrent à peu près dans le même état quand le 10 janvier se montra un premier écoulement de sang; la perte fut peu marquée; mais, depuis, tous les jours, la femme perd du sang, ce qui n'avait jamais eu lieu jusqu'alors; ces écoulements de sang sont accompagnés ou non de coliques; jamais il n'y a eu d'expulsion de peau ou de membranes à la connaissance de la malade.

État actuel. — 18 janvier. Amaigrissement assez marqué, pouls petit et assez fréquent (100), température 37°,4; l'appétit est un peu revenu, plus de vomissements; miction facile, assez fréquente; constipation; pas d'œdéme des membres inférieurs; les urines ne renferment pas d'albumine.

Seins assez développés; quatre mois après les dernières règles, écoulement de colostrum qui tache la chemise; depuis deux mois les seins ont beaucoup diminué de volume; mais, à la pression de la base du mamelon, on fait sortir facilement du lait.

Le ventre présente une forme irrégulière; il a diminué depuis un mois dans des proportions assez considérables. Par le palper on délimite une masse remontant jusqu'à l'ombilic : cette masse, cette tumeur, est bilobée, présentant deux grosses extrémités de chaque côté de la ligne médiane, qui font penser à un utérus bicorne; mais, à aucun moment, on ne perçoit de contraction dans cette tumeur. Dans la grosse extrémité gauche on perçoit très nettement et superficiellement une crépitation osseuse; sensation d'empâtement dans la grosse extrémité droite. La totalité de la masse n'est point mobile et paraît adhérente à la face profonde de la paroi abdominale. De plus, on sent au-dessus de la symphyse du pubis, légèrement inclinée à gauche, une autre masse pyriforme à grosse extrémité supérieure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il est vraisemblable que cette masse est constituée par l'utérus augmenté de volume; cependant, on ne peut percevoir de contractions pendant l'examen. L'exploration de l'abdomen par le palper est peu douloureuse.

A l'auscultation, on n'entend aucun bruit, aucun souffle.

Toucher. — Léger écoulement sanguin par les organes génitaux. L'excavation est remplie par une masse irrégulière, assez volumineuse, immobile, occupant tout le cul-de-sac postérieur; le doigt arrive de suite sur cette masse, directement pour ainsi dire, n'étant séparé d'un plan résistant que par une très petite épaisseur de parties molles; il semble même qu'on puisse reconnaître la présentation de l'extrémité pelvienne.

Le col de l'utérus a toute sa longueur, il est ramolli dans presque toute son étendue; l'orifice externe seul perméable permet l'introduction de la première phalange; il est rejeté en avant derrière la symphyse; et en imprimant des mouvements, on sent qu'ils sont transmis à la main appliquée sur la paroi abdominale

au niveau de la masse à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette masse est donc bien l'utérus incliné à gauche et augmenté de volume; l'utérus est vide; on fera du reste le cathétérisme utérin. En présence de ces signes, le professeur Pinard diagnostique une grossesse ectopique.

24 janvier. Léger écoulement de sang; exploration par le cathétérisme vésical, combiné au toucher vaginal; la vessie se trouve refoulée à droite, latéralement à l'utérus refoulé bien à gauche. Désinfection du vagin par injections toutes les quatre heures. Asepsie du tube digestif (paquets de cascara et naphtol).

Le 25. En raison des résultats obtenus par les différents moyens d'exploration, le professeur Pinard pratique l'élytrotomie en présence du professeur Slawiansky, de St-Pétersbourg. Injection sous-cutanée de solution d'atropo-morphine. Après avoir tendu avec deux doigts la paroi postérieure du vagin, le professeur Pinard fait entre ses deux doigts une incision à gauche et en arrière et d'arrière en avant sur un pied du fœtus qu'on sent à travers la paroi qui est très peu épaisse. On arrive sur les membranes qu'on rompt et on agrandit la plaie avec les doigts en produisant un léger écartement des parties molles. On arrive sur le fœtus qui est extrait par le siège; il est du sexe féminin et pèse 1180 grammes. Immédiatement après l'extraction, grands lavages avec plusieurs litres d'une solution de naphtol, tamponnement du kyste fœtal et du vagin avec une bande de quatre mètres de gaze iodoformée. Durée de l'opération, 35 minutes.

Le soir la malade a eu quelques vomissements ; pouls 120, temp. 38°,2.

26 janvier, Encore un vomissement le matin ; pouls 130, temp. 39° ; pas de douleurs ni d'écoulement. On sonde la malade deux fois par jour : urines foncées.

Le 27. La nuit a été bonne, une peu d'excitation mise sur le compte du pansement iodoformé ; on détamponne alors la malade et on fait un grand lavage avec la solution de naphtol. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 28. On supprime le tampon de gaze iodoformée qu'on remplace par du coton hydrophile trempé dans une solution de biiodure de mercure à 1/4000.

Le 30. L'écoulement a manifestement de l'odeur, on fait quatre irrigations par jour. L'état général est excellent. La malade s'alimente volontiers.

5 février. En raison du rétrécissement de la plaie, le professeur Pinard, après avoir constaté la présence de la membrane granuleuse interposée entre le placenta et la paroi du kyste, fait donner du chloroforme et introduit toute la main dans le vagin ; avec deux doigts introduits dans le kyste fœtal, il va décoller le placenta : il introduit ainsi, doucement et sans violence, successivement et alternativement cinq fois la main gauche ou la main droite et extrait la totalité du placenta qui est étalé et présente une grande surface. Aucun écoulement sanguin.

Dans la journée, la malade a eu quelques vomissements, mais l'état général est très bon et il n'y a point de fièvre.

Le 10. La malade va de mieux en mieux. Les forces reviennent vite. Presque plus d'écoulement par le vagin. Deux injections vaginales seulement pas jour. Temp. 37°.

Le 13. La malade veut se lever et demande à sortir. A l'examen fait au spéculum on constate l'existence d'un petit orifice là où a porté l'incision : il s'écoule encore un peu de liquide séro-sanguinolent.

Par le palper, on ne retrouve aucune trace du kyste fœtal ; le col et le corps de l'utérus ont repris leur situation normale.

Le 19. La malade veut absolument sortir ; on signe son exeat sur sa demande.

Cette femme a été revue six mois après. Son état général était excellent. Au point de vue local, l'utérus était en place, mobile et le kyste complètement résorbé. Je l'ai revue il y a quelques jours ; sa santé est florissante.

Remarques. — Dans cette observation, on doit remarquer la disposition du kyste fœtal, qui plongeant dans l'excavation et ayant déplacé l'utérus et la vessie, commandait l'indication de l'élytrotomie.

Ensuite une véritable *délivrance artificielle* fut pratiquée dix jours après l'ouverture du sac et sans qu'il y eut le moindre écoulement sanguin.

Obs. IX. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 8e mois environ. Laparotomie sept semaines après la mort de l'enfant. Guérison.*

La nommée L..., âgée de 28 ans, est entrée à la Clinique Baudelocque le 25 octobre 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Un frère vivant, une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a un an. Pas de vices de conformation dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère pendant 18 mois. A marché à 11 mois et toujours marché depuis cet âge. Rougeole à cinq mois. Aucune maladie depuis cette époque. N'a jamais gardé le lit, sauf à l'occasion de la grossesse actuelle. Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans; l'établissement de la menstruation n'a été signalé par aucun accident. Les règles ne reviennent pas à époques fixes, elles sont séparées par des intervalles variant de 1 mois à 6 semaines et deux mois. L'écoulement menstruel ne dure ordinairement que vingt-quatre heures et n'est accompagné d'aucune douleur. Jamais la malade n'a eu d'affection des organes génitaux ni d'affection abdominale.

Cette femme est mariée depuis 10 ans; et quoiqu'elle désire avoir des enfants et que son mari soit bien portant, elle n'a jamais été enceinte avant cette année. Son mari est vigoureux, il est d'une famille de 13 enfants et ses frères et sœurs ont tous des enfants.

En résumé, jusqu'au 15 janvier 1890, il n'y a dans l'histoire médicale de cette femme aucune particularité digne d'attirer l'attention.

Les dernières règles ont eu lieu le 15 janvier de cette année; depuis cette époque, cette femme n'a pas perdu de sang. Toutefois comme sa menstruation était assez irrégulière, elle ne se croyait enceinte ni en février ni en mars.

Dès les premiers jours de février, notre malade est prise de phénomènes douloureux dans le bas-ventre accompagnés de vomissements alimentaires et de malaise général, qui la forcent à garder le lit. A ce moment-là, elle habite le Havre. Ces accidents ont duré une partie du mois de février, trois semaines, nous assure la malade, et ils se sont reproduits jusqu'à ce jour à différentes reprises; il y aurait eu depuis le mois de février six crises douloureuses semblables. Ces crises douloureuses ont toutes été marquées par l'apparition de douleurs abdominales, de vomissements, de faiblesse et chaque fois la malade a été obligée de garder le repos au lit. Elle assure que les crises ont présenté des durées décroissantes, de telle façon qu'en juillet 1890, la crise n'a duré que deux ou trois jours, mais par contre les douleurs devenaient de plus en plus vives. En somme, pendant la moitié environ de sa grossesse, cette femme a été obligée de garder le repos au

lit. Jamais il n'y a eu d'écoulement de sang par les organes génitaux, la femme est très affirmative à cet égard ; à aucun moment non plus elle n'aurait expulsé de caduque.

A la fin du mois de mars, cette femme se croit enceinte, mais le médecin qui la soigne ne reconnaît pas de signe certain de grossesse. Sur ces entrefaites, elle quitte le Havre et vient habiter St-Denis. Au mois de mai, reprise d'accidents abdominaux, elle appelle M. le Dr Dupuis, de St-Denis, qui la trouve trop malade pour être transportée à l'hôpital. Dans la note qu'il m'a remise, je lis en effet :

« Appelé le 13 mai, chez la femme L..., je la trouve couchée dans le décubitus dorsal, le facies grippé, accusant une vive douleur dans la fosse iliaque gauche ; le pouls est petit et fréquent ; il y a des vomissements porracés. L'examen du ventre est presque impossible tant la pression est douloureuse. La peau est normale mais il y a de l'empâtement et une tuméfaction diffuse dans la fosse iliaque gauche. »

Sous l'influence du traitement, l'état s'améliore peu à peu et le 19 mai la femme put être transportée à l'hôpital de St-Denis, dans le service du Dr Dupuis. Quatre ou cinq jours après son admission, tout état fébrile avait disparu, la fosse iliaque n'était plus douloureuse et pouvait être explorée facilement. M. Dupuis y constata la présence d'une tumeur assez nettement arrondie, dont la partie gauche était fluctuante et dont la partie droite moins volumineuse et dure rappelait un corps fibreux. La tumeur augmenta assez vite de volume, dit M. Dupuis, et quand elle eut atteint le niveau de l'ombilic, on entendit à son niveau un souffle isochrone au pouls et analogue au souffle utérin. Au commencement de juillet, on perçut les battements du fœtus. D'ailleurs depuis les derniers jours de juin, la femme sentait remuer. La grossesse était donc absolument certaine. Le 31 juillet cette femme, qui jouissait à ce moment d'un état assez bon, quitta l'hôpital où elle ne rentra que le 3 septembre (la femme dit le 24 septembre).

A cette date, elle fut prise de douleurs abdominales survenant à intervalles réguliers et dont quelques-unes avaient même le caractère expulsif ; comme elle se savait enceinte, on crut à l'établissement du travail et on l'admit à la Maternité de l'hôpital. Elle y resta vingt-quatre heures, mais le Dr Dupuis ne constata aucun signe de travail ; le col restait long, mou, perméable ; la première

phalange, qui pouvait y pénétrer facilement, n'y rencontrait aucune partie fœtale.

Les douleurs disparurent et la femme fut mise en observation dans le service de médecine.

Il s'agissait donc d'un faux travail, mais il n'y eut ni sang ni caduque expulsés. Toutefois, à partir de ce moment, les mouvements du fœtus cessèrent d'être perçus par la femme et l'auscultation ne fit plus rien entendre; l'enfant était donc mort. Le Dr Dupuis, qui en juillet soupçonnait déjà la possibilité d'une grossesse extra-utérine, crut être autorisé à poser le diagnostic. En septembre et octobre, rien de particulier; fièvre légère le soir, survenant très irrégulièrement d'ailleurs. La femme quitte l'hôpital de St-Denis le 23 octobre et est adressée par M. Dupuis à M. le professeur Pinard.

État actuel, le 9 novembre 1890. — Femme de taille moyenne, de bonne constitution, jouissant actuellement d'une excellente santé; l'appétit est bon, les digestions sont normales. Constipation. Miction normale. Cœur et poumons sains. Le squelette a été légèrement touché par le rachitisme (incurvation des fémurs, sternum à face antérieure convexe, quelques nodosités costales; atrophie cupuliforme des incisives inférieures). Seul, l'examen de l'abdomen et des organes génitaux fournit donc des renseignements importants.

Le ventre est développé comme à huit mois de grossesse environ. La peau mince est sillonnée de nombreuses vergetures et parcourue par des veines sous-cutanées très apparentes; elle est peu résistante; aussi quand la femme s'assied sur son lit, le ventre retombe-t-il presque au contact des cuisses.

L'abdomen, dont la plus grande saillie est au niveau de l'ombilic, est élargi transversalement par la tumeur qu'il renferme. Sa grande circonférence passant par l'ombilic est de 95 centim.; la distance de son extrémité supérieure au pubis est de 35 centim. et l'ombilic en occupe exactement le milieu.

Vu de face, le ventre n'est pas régulier; on trouve en effet un sillon vertical assez apparent qui sépare une petite tumeur située à droite de la tumeur principale qui est à gauche.

Cette tumeur a une consistance générale mollasse, analogue à celle d'un utérus contenant un fœtus macéré; elle n'offre pas cette résistance que présente si souvent le kyste fœtal extra-utérin quel-

que temps après la mort du fœtus. Sur la ligne médiane, au-dessous et à gauche de l'ombilic, on perçoit avec une grande netteté la crépitation osseuse qui indique à ce niveau la présence de la tête du fœtus dont les os chevauchent les uns sur les autres. On ne distingue pas d'autre partie fœtale.

A droite et en bas, dans la fosse iliaque, on trouve une tumeur plus dure que le kyste fœtal, régulière, piriforme, qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis : c'est l'utérus augmenté de volume, séparé par un sillon très net de la tumeur principale.

A deux reprises différentes pendant ses examens, M. Pinard a pu surprendre des contractions de l'utérus qui devenait absolument ligneux pendant une à deux minutes. L'auscultation est négative, on ne trouve pas de souffle maternel. La vulve est normale, sans œdème, sans coloration violacée. Au fond du vagin, on trouve le col de l'utérus long de 2 cent. environ, dirigé en arrière et en bas. Il n'est pas directement appliqué contre le pubis, et on peut interposer facilement le doigt entre lui et l'arcade pelvienne antérieure. Les mouvements qu'on imprime à l'utérus situé dans la fosse iliaque droite se transmettent au col. Le col utérin est ramolli, son orifice externe, qui est entr'ouvert, offre un petit tubercule sur sa lèvre postérieure. Le col est porté, ainsi que le corps de l'utérus, à droite du bassin. Aussi le cul-de-sac latéral droit est-il petit en comparaison du cul-de-sac gauche.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit, mais profondément, une tumeur dure, irrégulière qui n'est autre chose que la partie inférieure du kyste fœtal. Elle est séparée du doigt qui pratique le toucher par une assez grande épaisseur de tissu appartenant au ligament large.

La vessie forme le plancher de la tumeur, et occupe tout le cul-de-sac latéral gauche, ce que le doigt permet de constater quand ce réservoir est à demi distendu par l'urine, et ce que démontre l'exploration avec le cathéter. La vessie est donc libre, ce qui explique l'absence de troubles de la miction.

Ce kyste fœtal rejoint en avant et en arrière les parois du bassin et s'y trouve enclavé solidement. Les rapports du kyste avec la vessie ainsi que la profondeur à laquelle il est situé, contre-indiquent l'ouverture par le vagin. Celle-ci est encore contre-indiquée par un autre motif que M. Pinard fait remarquer. Le toucher démontre en effet que la partie fœtale accessible est l'épaule; si dans

ces conditions on incisait par le vagin le kyste fœtal, on arriverait sur l'épaule et il serait extrêmement difficile de faire évoluer le fœtus pour l'extraire.

La seule voie par laquelle il est possible de l'attaquer est donc la paroi abdominale. Cathétérisme utérin qui donne une profondeur de 11 centim.

Je pratique la laparotomie le 12 novembre 1890. Après avoir sectionné la paroi abdominale, j'arrive sur le kyste, adhérent en bas, libre à la partie supérieure. Avant de l'ouvrir, je le suture à toute la circonférence de la plaie, puis je l'incise et fais l'extraction par les pieds d'un fœtus pesant 3220 gr. J'incise le cordon au ras du placenta. Je lave largement le kyste au naphtol, etc. Les suites opératoires furent simples mais le placenta ne fut complètement éliminé que le 11 décembre. Le 30 janvier, lors de la sortie de la femme, on ne constatait plus trace du kyste fœtal et l'utérus était revenu sur la ligne médiane.

REMARQUES. — Cette observation est surtout intéressante par la netteté du faux travail qui fit croire à un accouchement prochain et par le développement normal du fœtus qui pesait 3220 gr. *(A suivre.)*

UNE OBSERVATION D'ANUS VAGINAL DE L'S ILIAQUE

Par **Em. Lauwers** (de Courtrai).

Sidonie W..., âgée de 32 ans, mariée, mère de trois enfants, me fut envoyée en février 1892, par son médecin, avec prière de la guérir d'une déchirure complète du périnée. Le dernier accouchement de la malade datait de six mois, et depuis cette époque elle souffrait d'incontinence des matières fécales.

A l'examen, je constatai une rupture totale du périnée, entamant la cloison recto-vaginale à 2 ou 3 cent. de hauteur.

Le 17 février, je fis la périnéorraphie par le procédé à lambeaux de Lawson Tait.

Le quatrième jour, en pratiquant une irrigation vaginale, je fus étonné de voir des selles moulées s'échapper en grande abondance

le long de la canule. La plaie périnéale avait bel aspect. Je fis toucher vaginal : il existait, très haut, à la paroi postérieure du vagin, une fistule à bords très épais, admettant aisément l'extrémité de l'index. Les jours suivants, je pratiquai des irrigations abondantes, entraînant les matières fécales épanchées dans le vagin. Le 8e jour, la plaie périnéale était guérie sans trace de suppuration.

Deux mois plus tard, le 30 avril, persuadé que la cicatrice périnéale était assez solide pour supporter un large écartement des lèvres de l'orifice vulvaire, je procédai à l'oblitération de la fistule. Comme les bords de la perforation étaient très gros, bien étoffés, je réussis à pratiquer un large avivement et à faire une suture correcte et minutieuse.

Le second jour à partir de l'opération, la malade accusa de violentes douleurs à l'hypogastre, le pouls s'éleva à 140 pulsations à la minute et la température monta à 40° C. Rétention absolue des matières fécales et des gaz. Au moment où je me disposais à enlever les points de suture pour faire cesser l'étranglement, la plaie éclata et les matières fécales s'écoulèrent abondamment par le vagin. Le lendemain, la fièvre avait cessé et les douleurs avaient disparu.

Quelques jours plus tard, j'examinai la malade sous le sommeil anesthésique : pratiquant le toucher vaginal et rectal combinés, je m'aperçus que la fistule donnait accès à une cavité intestinale,



FIG. 1. — Anus vaginal de l'S iliaque.

absolument indépendante et séparée du rectum (fig. 1). Je savais déjà du reste, que, contrairement au dire de la malade, les matières

venaient en totalité par le vagin : les phénomènes d'étranglement, qui avaient succédé à l'oblitération de la fistule, et l'examen direct de la malade, pratiqué à différentes reprises au moment de l'expulsion des selles, ne laissaient aucun doute à ce sujet.

Je soumis la malade à un nouvel interrogatoire et j'appris qu'après l'accouchement il était sorti « quelque chose qui avait beaucoup effrayé le médecin », et que le huitième jour un lambeau de chair putréfiée avait été expulsé par le vagin.

Enfin, tenant compte de la consistance et de la coloration des selles, je fus amené à admettre :

1° Qu'après l'accouchement une anse intestinale s'était enga-



FIG. 2. — Application de l'entérotome après perforation de la cloison entéro-rectale.

gée dans une déchirure du cul-de-sac postérieur du vagin, s'y était étranglée et avait été éliminée après gangrène ;

2° Que cette anse devait appartenir à l'S iliaque ;

3° Qu'en résumé il s'agissait, non pas d'une fistule recto-vaginale, mais d'un anus vaginal de l'S iliaque.

Pour amener la guérison, il fallait évidemment commencer par détruire la cloison entéro-rectale, c'est-à dire la cloison formée par l'accolement de la paroi postérieure de l'S iliaque et de la paroi

antérieure du rectum, puis, au besoin, oblitérer la fistule par l'avivement et la suture.

J'imaginai et pratiquai l'opération suivante : avec l'index de la main gauche, introduit par le vagin dans la fistule, je déprimai fortement en bas, jusque dans l'ouverture anale, la cloison entéro-rectale dans laquelle je pratiquai une large boutonnière transversale. J'introduisis dans cette boutonnière à travers le rectum, une des branches de l'entérotome de Dupuytren et je la glissai sur le doigt jusque dans l'intestin ; j'introduisis l'autre branche dans le rectum, et après m'être assuré que la cloison à diviser était seule comprise entre les mors, je serrai la vis (fig. 2).

L'instrument se détacha le septième jour, entraînant un lambeau sphacélé de 8 centim. de longueur environ.

Dès le lendemain, les matières fécales furent en majeure partie expulsées par l'anus (fig. 3).



FIG. 3. — Fistule recto-vaginale, persistant après la chute de l'entérotome.

La fistule vaginale s'oblitéra spontanément trois semaines plus tard.

Les observations du genre de celle que je viens de publier sont très rares. Dans son Traité de gynécologie (1), Pozzi dit cependant qu'on a aussi observé des fistules de l'S iliaque, et il ajoute, au paragraphe Diagnostic, « que si les selles surviennent longtemps après les repas et offrent une consistance solide, un aspect fécal, la perforation siège dans l'S iliaque ».

(1) P. 947, 1re édition.

Dans le cas présent, il s'agissait manifestement, non pas d'une fistule, ou d'une perforation, mais d'un anus vaginal, donnant issue à la totalité des matières stercorales.

C'était, en plus, un anus anormal sans éperon. Une cloison complète séparait la poche intestinale aboutissant à la fistule, de la cavité du rectum ; l'indication était formelle : il fallait détruire cette cloison. Pour arriver à ce but, Casamayor (1) imagina une pince spéciale, dont un mors fut introduit dans l'intestin, par la fistule, et l'autre dans le rectum. Verneuil (2) a proposé de perforer la cloison entéro-rectale en deux points, distants de 3 centim., de passer des tubes de caoutchouc à travers ces deux orifices ; il réunirait solidement les deux chefs rectaux, de manière à obtenir une anse à deux chefs sortant par le vagin. Il n'y aurait qu'à serrer ces deux fils pour opérer la section.

Chaput (3) propose le procédé suivant : avec une sonde d'homme introduite dans la fistule, déprimer l'intestin et la paroi rectale de façon à faire une saillie dans le rectum. Saisir ce diverticule avec une pince à longs mors introduite dans le rectum, qui ferait office d'entérotome.

L'opération que j'ai pratiquée me paraît moins compliquée, d'une exécution plus facile et plus efficace que ces trois méthodes dont la première, seule, a été mise en pratique. Après la chute de l'entérotome, le cours des matières s'est rétabli aussitôt et la fistule s'est oblitérée rapidement.

---

(1) Pozzi, p. 950.

(2) Pozzi, p. 950.

(3) *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI, p. 869.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

SÉRIE DE CINQUANTE-DEUX CAS CONSÉCUTIFS, SUIVIS DE GUÉRISON OPÉRATOIRE

Par le Dr **Jacobs** (de Bruxelles) (1).

J'ai l'honneur de vous présenter les résultats de cinquante-deux hystérectomies vaginales consécutives, suivies de guérison opératoire. J'ai suivi onze fois la méthode par ligatures progressives, vingt-sept fois la méthode par forcipressure, quatorze fois la méthode par morcellement.

Ces opérations ont été pratiquées dans les cas suivants :

Cancer du col, 22 cas, 8 récidives (après une période de 3 ans), 6 cas non suivis, 8 guérisons.

Cancer du corps, 3 cas, 1 récidive (après 1 an 6 mois), 1 cas non suivi), 1 guérison.

Métrites à hémorrhagies ou endométrites douloureuses, ayant résisté à tout traitement, 6 cas.

Myôme utérin, 4 cas.

Annexites et inflammation pelvienne, 14 cas.

Adénome malin, 1 cas.

Métropéritonite puerpérale, 1 cas.

Hématocèle suppurée, 1 cas.

Depuis plus d'un an j'ai abandonné la méthode par ligatures progressives et n'emploie plus que la forcipressure. Je crois que c'est là la méthode d'avenir, à cause de sa facilité d'exécution, de sa rapidité et des résultats qu'elle donne. J'attribue les résultats que j'ai obtenus au modus faciendi, aussi tiens-je à vous le décrire rapidement.

Après avoir saisi le col avec deux pinces de Museux et placé les valves vaginales, je pratique toujours l'incision de la muqueuse vaginale au moyen du thermocautère. J'opère ainsi très rapidement et j'évite, dans la plupart des cas, les

(1) Communication faite à la *Société belge de Gynécologie*, le 26 juin.

hémorrhagies que donne l'incision au couteau ; je ne place aucune ligature sur cette muqueuse. Je décolle ensuite avec le doigt, la muqueuse aussi haut que possible, et j'ouvre, également avec le doigt, le péritoine des culs de sac antérieur et postérieur. Suivant les indications, je fais alors le basculement de l'utérus, ou bien, plaçant les petites pinces-longuettes de Péan sur les ligaments, alternativement à droite et à gauche, j'extrais la matrice, ordinairement sans hémorrhagie aucune.

Pendant toute l'opération, je me sers du courant continu d'*eau stérilisée*. Aucun antiseptique.

J'ai abandonné complètement les pinces de Richelot et celles que j'ai fait construire dans le même but, pour les petites pinces droites de Péan. Leur emploi est plus facile et assure mieux l'hémostase.

L'utérus enlevé, autant que faire se peut je fais l'ablation des annexes. Je place ensuite le pansement. Dans la méthode par ligatures progressives on a fort discuté s'il fallait ou non refermer le fond du vagin, c'est-à-dire drainer ou non le péritoine. Avec l'emploi de la forcipressure, cette question n'est plus de mise, il faut drainer la cavité péritonéale. A cet effet, je place dans le petit bassin plusieurs bandelettes de gaze à l'iodoforme, qui vont recouvrir l'extrémité des pinces et abriter par le fait les anses intestinales ; elles produiront également quelques adhérences entre les anses inférieures et les empêcheront ainsi de s'engager dans l'ouverture vaginale après que l'on aura enlevé les pinces, ou encore d'être blessées dans les efforts de vomissements post-chloroformiques. Ce pansement remplit aussi un rôle hémostatique. Je maçonne ensuite, avec de la gaze à l'iodoforme, les pinces dans la cavité vaginale, j'entoure leurs extrémités de ouate neutre et place enfin une sonde vésicale à demeure de Pezzer.

Après un temps variant de quarante-huit heures à trois-quatre jours, j'enlève les pinces sans toucher au pansement vaginal. Je n'enlève celui-ci que le lendemain, je le remplace

par une simple bandelette de gaze à l'iodoforme, qui est enlevée le lendemain. La malade, dès lors, se lève et se donne quatre-cinq fois par jour des injections vaginales d'eau simple. Le neuvième ou dixième jour, en général, les eschares tombent, et la guérison est complète le quinzième jour, l'ouverture vaginale cicatrisée.

J'attache à ces détails opératoires et de pansements une grande importance, c'est ce qui m'a engagé à vous les rapporter.

REVUE CLINIQUE

ANOMALIE DE LA MENSTRUATION

Par **Félix Terrier.**

Mme X..., a eu ses règles pour la première fois en mai 1874, à l'âge de 14 ans.

Deuxième apparition des règles, en septembre 1874.

Troisièmes règles, en août 1875. Quatrièmes règles en septembre 1876.

23 mois s'écoulent alors sans aucune apparition de règles. A ce moment, après un traitement hydrothérapique, les règles reparaissent, en août 1878. La malade cesse alors de prendre des douches et ne voit rien paraître jusqu'en novembre 1879.

Le 2 mai 1881, jour de son mariage, elle voit de nouveau apparaître le flux menstruel. Puis, sans qu'aucun écoulement se soit produit, elle devient enceinte en septembre 1881 et accouche en juin 1882.

Pour la huitième fois, les règles viennent en mars 1883; le mois suivant, début d'une grossesse qui se termine normalement en janvier 1884.

Dans le mois qui suit la neuvième apparition des règles, cette dame commence une troisième grossesse, en juin 1885, et accouche à terme en mars 1886.

Une quatrième grosseesse suit la dixième apparition des règles, venues le 10 février 1887. Cette grossesse se termine le 11 décembre 1887. Depuis lors, il n'y a plus eu de grossesse, bien que, à la suite d'un traitement hydrothérapique, les règles soient venues à intervalles plus rapprochés, en janvier 1888, juillet et octobre 1888, janvier et avril 1889, janvier et octobre 1890, avril et juin 1891. Rien n'est apparu depuis cette époque.

L'examen local ne révèle rien d'anormal. A aucun moment, il n'y a eu de flux supplémentaire, et cette dame, à part l'état tout spécial de la menstruation, qui n'a eu lieu que 18 fois en 18 ans, ce qui, du reste, ne l'a pas empêchée d'avoir quatre enfants, présente toutes les apparences de la santé. Pas de signes d'hystérie.

UN CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le professeur **S. Tarnier** (1).

La malade, âgée de 31 ans, est rachitique et ses tibias sont très déformés ; elle est boiteuse depuis son enfance. Son bassin mesure 9 centimètres dans le diamètre promonto-sous-pubien, ce qui me fait évaluer le diamètre sacro-pubien à 7 centimètres 1/2.

A une première grossesse, en 1881, l'accouchement fut terminé, à la Maternité, par une céphalotripsie pratiquée par M. Marchand, chirurgien-adjoint.

A une deuxième grossesse, l'accouchement fut terminé à la Clinique, en 1882, par une céphalotripsie pratiquée par M. Charpentier.

A une troisième grossesse, l'accouchement fut terminé, en 1884, par une céphalotripsie pratiquée par M. Doléris.

A une quatrième grossesse, l'accouchement fut terminé, en 1887, par une basiotripsie pratiquée par M. Pinard

En résumé, il y avait eu quatre accouchements terminés par le broiement de la tête fœtale.

A sa cinquième grossesse, cette femme entra dans mon service le 23 mai dernier, enceinte de huit mois environ. Je décidai que je

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 28 juin 1892.

provoquerais sans retard l'accouchement prématuré, et que si la tête ne s'engageait pas spontanément dans l'excavation pelvienne, je pratiquerais la symphyséotomie.

Après avoir aseptisé le vagin pendant trois jours, je provoquai, le 26 mai, l'accouchement prématuré, par l'introduction successive de mon ballon et de celui de M. Champetier de Ribes. Le mont de Vénus avait été rasé ; la vulve avait été savonnée et lavée antiseptiquement.

Le 27 mai, à dix heures du matin, la dilatation étant à peu près complète, je retirai le ballon de M. Champetier de Ribes, les membranes furent rompues et après leur rupture, la tête, qui se présentait en O. I. D., n'avait aucune tendance à s'engager. Je ne fis aucune tentative d'extraction fœtale, dans la crainte de nuire à la vie de l'enfant, et je pratiquai la symphyséotomie, qui fut très simple.

J'incisai les parties molles de la partie supérieure du pubis au clitoris, par un seul coup de bistouri ordinaire. Puis, un bistouri boutonné fut placé immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire et dirigé d'avant en arrière et de haut en bas. L'index de la main gauche, introduit dans le vagin et recourbé derrière la symphyse pubienne, alla à la rencontre de l'extrémité boutonnée de ce bistouri, pressa sur celle-ci, et cet instrument, ainsi tenu par les deux mains, incisa la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant. Après l'incision, je plaçai entre les deux pubis l'écarteur en forme de lyre que M. le Dr Tuffier a fait construire, et les deux branches de cet instrument furent écartées à leur maximum, de sorte que les deux pubis étaient séparés par une distance de 57 millimètres.

Cela fait, la tête ne s'engageant pas, je fis une application de forceps qui fut très simple ; mais le col offrant une certaine résistance, je le débridai d'un coup de ciseaux. L'accouchement put alors être terminé très facilement. L'enfant pesait 2,230 grammes ; son diamètre bipariétal mesurait 9 centimètres.

Les os iliaques furent rapprochés ; cinq points de sutures furent appliqués sur les lèvres de l'incision faite au-devant des pubis, et le bassin fut immobilisé par un bandage en tarlatane et par une bande de caoutchouc, qui furent remplacés, le lendemain, par l'appareil de M. Pinard.

Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut aucune

suppuration, et jamais la température ne dépassa 37°,8. Les points de suture furent enlevés le quatorzième jour, et la malade se leva le vingt-sixième jour.

Elle est aujourd'hui bien portante, ainsi que vous pouvez le voir ; elle marche aussi facilement que par le passé. Son enfant est bien portant et pèse 2,635 grammes.

C'est un succès de plus à enregistrer en faveur de la symphyséotomie.

NOTE SUR UN CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le **Dr Robert Müllerheim.**
Assistant à la Clinique gynécologique de Strasbourg.

L'auteur méditait les travaux récents de Morisani, de Spinelli et de Pinard sur la symphyséotomie quand l'occasion s'offrit à lui de pratiquer cette opération dans le cas suivant :

La parturiente est une femme de 34 ans qui n'a marché qu'à trois ans et demi et n'offre cependant aucun stigmate de rachitisme.

Son premier accouchement (1887) fut très lent. D'après les renseignements fournis par le médecin l'enfant succomba pendant le travail et par suite de la prolongation de l'accouchement.

Le second accouchement (1889), qui traîna également en longueur, fut terminé par une application de forceps. L'enfant vit et est bien portant.

La grossesse actuelle n'avait présenté aucune complication. Dernières règles en juillet 1891.

Le 23 avril 1892 au soir apparaissent les premières douleurs, D'abord de faible intensité et de courte durée elles allèrent en augmentant chaque jour et le 27 au matin les membranes se rompirent spontanément. Les douleurs s'accrurent encore après cette rupture sans que cependant le médecin pût constater le moindre progrès dans le travail. C'est pourquoi dans la nuit du 29 avril, c'est-à-dire alors que le travail durait déjà depuis près de six jours, le médecin traitant fit transporter la femme à la Clinique gynécologique de Strasbourg (professeur Freund) dans le but de faire pratiquer l'opération césarienne à laquelle la parturiente était résignée.

A son arrivée le matin du 29 avril, après un trajet de cinq heures en voiture, la malade est très épuisée.

Taille petite ; squelette peu développé.

Mensurations du bassin :

Entre les épines iliaques	24 c. 1/2
» les crêtes iliaques	27
» les trochanters	31
Conjugué externe	18 c. 1/2
Conjugué diagonal ou promonto-sous-pubien	10 c.

Le ventre est un peu pendant ; la paroi utérine est assez tendue et se contracte toutes les deux minutes si énergiquement que le palper est rendu difficile. Le fœtus se présente par le sommet en position gauche ; la tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Les battements du cœur fœtal sont normaux.

Il y a un certain degré de prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure. L'orifice utérin est dilaté, de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Poche des eaux rompue. Dans l'orifice on sent la tête encore mobile.

Le sacrum est fortement abaissé et le promontoire facilement accessible.

La tête présente une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit, qui est accessible dans une plus grande étendue que le gauche. La suture sagittale est transversalement dirigée et voisine du promontoire ; la petite fontanelle à gauche, la grande à droite, mais difficilement accessible.

On est frappé de la dureté anormale des os du crâne, de la petitesse des fontanelles, de l'étroitesse des sutures.

De 8 à 9 heures du matin les douleurs sont fortes et fréquentes. Les battements du cœur restant bons, on décide d'attendre encore dans l'espoir que la tête finira par se réduire et s'accommoder.

Vers onze heures du matin un nouvel examen ne révélant aucun progrès dans le travail malgré des contractions énergiques, l'épuisement de la parturiente augmentant, le segment inférieur menaçant de se rompre (anneau de contraction au niveau de l'ombilic), on se trouve dans l'obligation de terminer cet accouchement qui dure depuis six jours.

La dystocie est due à la disproportion qui existe entre les dimen-

sions du bassin aplati et celles de la tête fœtale dont l'excès de volume et la dureté anormale paraissent devoir être rapportés à la prolongation de la grossesse. La patiente dit avoir dépassé son terme de 3 semaines ; de plus, elle est multipare.

L'indication d'une intervention était formelle et, en raison des travaux récents auxquels l'auteur fait allusion dans l'introduction de sa note, il est décidé qu'on aura recours non pas à l'opération césarienne, mais à la symphyséotomie, qui est pratiquée à midi 1/2 le 29 avril.

Après s'être assuré par des mouvements communiqués au bassin, de la mobilité des articulations pubienne et sacro-iliaques, avoir rasé le mont de Vénus et pratiqué la désinfection habituelle intus et extra, l'opérateur fait une incision prépubienne médiane intéressant la peau jusqu'à quelques centimètres au-dessus du bord supérieur des pubis. Couche par couche il arrive jusqu'au plan osseux en liant les vaisseaux qui saignent moyennement. Un cathéter introduit dans la vessie ayant permis d'en préciser le siège, les parties molles sont décollées du périoste et le cartilage incisé sans difficulté d'arrière en avant, à l'aide d'un bistouri falciforme solide et boutonné.

Les pubis s'écartent de 1 centim. ; on coupe alors la partie supérieure du ligament arqué et l'articulation s'ouvre largement.

L'opérateur, craignant que l'engagement de la tête ne produisît une disjonction trop violente et trop considérable des symphyses sacro-iliaques, enroule autour du bassin, aussitôt après l'incision du fibro-cartilage, une bande d'Esmarch, depuis les crêtes iliaques jusqu'aux trochanters. Cette bande est destinée à prévenir un écartement brusque.

Avant d'appliquer cette bande on ferme la plaie cutanée par quelques sutures et on la protège avec de la gaze au thymol. Après l'application de la bande la suture de la plaie est parachevée avec de la soie.

Au bout de quelques minutes, la tête s'engagea dans le petit bassin, puis elle s'abaissa lentement à chaque douleur, comme dans un accouchement normal. A ce moment, comme la lèvre antérieure du col, refoulée par la tête, apparaissait à la vulve, on la repoussa avec la main gauche, pendant que deux doigts de la main droite opéraient la manœuvre de Ritgen, rendue nécessaire par l'affaiblissement des bruits du cœur. La tête se dégagea obli-

quement, la rotation étant restée incomplète. La face tourna à droite et l'épaule droite se dégagea la première.

L'opération (jusqu'à la terminaison de l'accouchement) avait duré à peine quinze minutes.

Délivrance spontanée un quart d'heure après. L'utérus se rétracte énergiquement. On applique un bandage ouaté, fait de fortes bandes, et par-dessus on replace la bande de caoutchouc.

Les surfaces articulaires de la symphyse sont étroitement réappliquées.

L'enfant (garçon), né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé par les moyens ordinaires, pèse 4000 grammes et mesure 51 centim. Il y a une grosse bosse sanguine sur le pariétal droit. L'ossification est très avancée et les fontanelles très petites. Sur le pariétal gauche, au voisinage de la suture sagittale, on voit une eschare de la largeur d'une pièce de dix sous.

Diamètres de la tête :

Bi-temporal	10
Bi-pariétal	11
Occipito-frontal	12
Occipito-mentonnier	14
S. B.	10
Circonférence	37

L'opérée sortie de la narcose n'accuse aucune douleur. L'urine retirée par le cathétérisme est un peu sanguinolente. Une heure après l'opération, la grande lèvre droite est très enflée et sa peau bleuit. Sur la symphyse et la région supra-pubienne, on place une vessie de glace. Les jambes sont maintenues rapprochées par une cravate.

Trois heures après l'opération, la patiente se plaignant d'être incommodée par la bande d'Esmarch, celle-ci est enlevée. A la place du caoutchouc on applique étroitement autour des hanches une serviette.

Le 30. L'opérée a dormi avec quelques interruptions. L'hématome de la grande lèvre droite a augmenté. Le voisinage des articulations sacro-iliaques est spontanément sensible et très douloureux à une pression moyenne sur le sacrum. Les fonctions sont normales. L'opérée allaite son enfant.

L'après-midi la serviette qui réunissait étroitement les cuisses au-dessus des genoux est enlevée. Les jambes de l'opérée sont

« comme paralysées » dans la rotation en dehors. Elle ne peut les remuer et se plaint de douleurs au voisinage des symphyses sacro-iliaques. Quand deux filles de service la soulèvent, la défécation, la miction et les toilettes se font sans douleurs.

2 mai. Le gonflement de la grande lèvre droite est moindre. Il n'y a plus aucune douleur dans le voisinage des articulations sacro-iliaques; à la symphyse pubienne « un peu de brûlure ».

Le 4. 1er pansement. Les bords de la plaie sont sans irritation, bien affrontés. Toutes les fonctions sont normales.

Le 8. L'opérée montre qu'elle peut bien remuer et plier les jambes sans éprouver la plus légère douleur.

Le 9. Enlèvement des sutures de soie. La plaie est cicatrisée par première intention, sauf au niveau du trajet de suture le plus élevé qui laisse suinter un peu de pus.

Le 11 (14e jour). L'opérée se trouve si bien qu'elle pourrait « se tenir debout parfaitement ».

Le 12. La pression sur la symphyse ne donne pas la plus légère sensation d'écartement et ne détermine aucune douleur.

Du côté de la grande lèvre droite, le gonflement est de nouveau un peu plus considérable que dans les derniers jours. La nuit l'enfant est très agité; aussi l'accouchée, malgré les recommandations qu'on lui fait, se penche vers le berceau pour prendre l'enfant.

Le 13 (16e jour). Douleurs le matin au voisinage de la symphyse. A midi, 38°,5. C'est la première fois que la température s'élève depuis l'opération.

La grande lèvre droite et son voisinage présentent de l'œdème et de la sensibilité à la pression. Écoulement vaginal abondant, fétide, jaune.

Soir, 39°,7. L'œdème s'étend aux 2 grandes lèvres. Écoulement de mauvaise odeur. Injection de créoline.

Le 14, matin, 38°,2. Douleurs dans la grande lèvre droite et le pli inguinal droit.

Midi, 39°. Écoulement fétide. Injection à la créoline.

Soir, 38°,9.

Le 15, matin, 37°,3. Du vagin sort abondamment un liquide purulent. Sur la paroi vaginale antérieure, en arrière de la branche horizontale droite du pubis, on sent une dépression du volume d'un pois qui est considérée comme le lieu d'ouverture de l'hématome de la grande lèvre droite.

Midi, 37°,5. Soir, 38°,9.

Le 16. L'œdème est moindre, l'écoulement a diminué. Il n'y a plus de fièvre. Les jambes sont de nouveau remuées sans douleurs, etc. La malade se soulève seule pour la défécation et l miction.

Le 17. L'œdème de la grande lèvre droite est en grande partie disparu. Les fonctions de l'accouchée sont normales.

Le 19 (21e jour). L'opérée est sortie de son lit avec une ceinture de cuir ; elle peut se tenir debout seule.

Le 21. L'opérée est tout à fait solide ; elle fait quelques pas sans soutien et reste assise 10 minutes sans la moindre fatigue.

Le 23. Après l'application d'un bandage de corps élastique autour du bassin l'opérée reste plusieurs heures hors du lit et va et vient dans la chambre. Sa marche est assez sûre.

Le 24. Une tentative de monter les escaliers ne réussit que médiocrement. Aujourd'hui l'opérée est restée 4 à 5 heures hors du lit; elle est restée assise puis a marché portant son gros enfant de 9 livres.

Le 26 (29e jour). La femme reste toute la journée hors du lit ; elle a seule descendu et monté les escaliers qui conduisent au jardin en portant son enfant. Le soir, douleurs sacrées ; état général arfait.

Le 27. L'opérée, considérée comme guérie, est présentée par le professeur Freund à la Société des sciences naturelles et médicales de Strasbourg.

Le 29. Quitte la clinique. A l'examen de sortie on peut sentir sur la symphyse un cordon de plusieurs millimètres de large qui est uni à la peau et paraît être un épaississement périostique. Au niveau de la symphyse on sent un léger écartement.

Par l'écartement des membres inférieurs dans le décubitus et par le transport du tronc d'une hanche à l'autre dans la station debout on perçoit une légère mobilité dans les articulations pubiennes et sacro-iliaques. Le fonctionnement de la vessie est normal. La marche est sûre.

Il existe un prolapsus assez prononcé de la paroi vaginale antérieure et postérieure, mais ce prolapsus a été noté avant l'opération lors de l'entrée à la clinique.

Les parties génitales sont bien revenues. A la place de l'hématome dans la grande lèvre droite on sent un épaississement.

L'endroit par où le pus s'est fait jour dans le vagin est fermé.

L'enfant s'élève bien. La peau du crâne est tombée là où existait l'eschare ; il y a en ce point une plaie recouverte de granulations.

La femme est revenue à la clinique, il y a quelques jours ; elle présentait l'apparence d'une personne tout à fait bien portante. D'après son dire, elle a pu reprendre tous ses travaux de ménage, même les plus pénibles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 19 *juillet et du* 21 *juillet.*

Femme ayant subi la symphyséotomie.

Porak. — Femme primipare, rachitique avec déformations caractéristiques du squelette. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 centim. 6; diamètre utile, 8 centim. environ. Travail datant de 18 heures ; dilatation complète, poche des eaux rompue, tête en O. I. D. P., mobile au-dessus du détroit supérieur, *enfant vivant*. Application de forceps infructueuse ; symphyséotomie, après laquelle nouvelle application de forceps qui permit d'extraire très facilement un enfant vivant du poids de 2600 grammes. Suites de couches des plus simples ; la femme peut marcher sans la moindre douleur dès le 20e jour.

Ovariotomie double chez une femme enceinte, continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

Polaillon. — L'opération fut pratiquée à environ 3 mois 1/2 de grossesse. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, blanchisseuse, qui, six années auparavant, avait déjà constaté que son ventre augmentait rapidement de volume. Menstruation irrégulière, jamais de grossesse, jamais de fausse couche. 5 mois environ avant l'entrée à l'hôpital, suppression des règles ; quelques jours avant son admission, douleurs violentes dans le ventre qui, en ville, firent penser à une péritonite. Amaigrissement considérable, douleurs incessantes, vomissements, fièvre. A l'hôpital, on constata facilement l'existence d'un kyste de l'ovaire qui dépassait

l'ombilic de 3 à 4 travers de doigt, et, de plus, par le toucher, l'existence d'une tumeur, de la grosseur d'une orange, située dans la concavité du sacrum. Le col de l'utérus parut œdématié, mou, d'où le diagnostic : *possibilité d'une grossesse compliquant un kyste de l'ovaire.* — *Laparotomie* : à gauche, le kyste et l'ovaire gauches, celui-ci étant dégénéré et gros comme un rein, avaient un pédicule lamelliforme, qui fut lié en deux faisceaux par un fil de soie plate; après quoi, kyste et ovaire furent enlevés. A droite, la trompe qu'on avait dû libérer d'adhérences qu'elle avait contractées avec la tumeur, et l'ovaire, qui était gros comme un œuf de poule, bosselé, kystique, furent également enlevés après décollement de nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'intestin, décollement qui donna lieu à d'abondantes hémorrhagies en nappe. *Suites opératoires excellentes*, c'est à peine si la température s'éleva à 38° le lendemain de l'opération. 5 mois 1/2 après, l'opérée mettait naturellement au monde une fille à terme et bien constituée. Délivrance normale.

Discussion. — PÉAN exprime sa surprise que la femme ait perdu beaucoup de sang au cours de l'opération. Il lui semble que l'hémorrhagie peut être considérablement réprimée, quand on a la précaution de ne sectionner les adhérences qu'entre deux pinces placées préventivement. — POLAILLON répond qu'il a utilisé le pincement préventif, mais que le procédé s'est montré insuffisant contre un écoulement sanguin qui se faisait en nappe. Il a alors cherché à obtenir l'hémostase par la compression, au moyen d'éponges phéniquées, ce qui a réussi. D'autre part, il ne faut pas oublier qu'à cause même de la grossesse, les vaisseaux des trompes et de tous les organes placés dans le voisinage étaient considérablement dilatés. R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

M. RÉPIN présente *deux kystes dermoïdes*. Sur la paroi interne de l'un d'eux, constituée par une couche cutanée dépourvue de papilles, on voit un gros bourgeon. Celui-ci, du volume d'une noix, est recouvert d'une peau épaisse, rugueuse, hérissée de longues papilles acuminées et de poils réunis en faisceau. Sur une coupe

on voit de petites cavités remplies de mastic, des noyaux osseux et cartilagineux. Sur la paroi interne de l'autre kyste se trouve une protubérance beaucoup plus volumineuse et remarquable par la présence de quatre appendices inégalement développés et d'une extrémité renflée portant des dents. En disséquant cette production, on trouve sous une épaisse couche de tissu adipeux, une charpente osseuse dans laquelle il est impossible de méconnaître un squelette en miniature. Ce squelette, bien que très rudimentaire,



FIG. 1. — Squelette. Grandeur naturelle.

comprend quatre membres dont les extrémités terminales surtout étaient si reconnaissables que l'on pouvait aisément compter les phalanges des orteils et les os du tarse du pied droit, ainsi que les phalanges de la main droite. Il n'y avait aucune trace de viscères thoraciques, ni abdominaux, mais seulement une glande salivaire du volume d'une noisette annexée au massif osseux qui portait les dents. Le système nerveux n'était représenté que par deux cordons suivant le trajet des sciatiques. Enfin, dans le même kyste

existait sur la paroi interne, mais en dehors de l'embryon, une anse intestinale du calibre d'une plume d'oie.

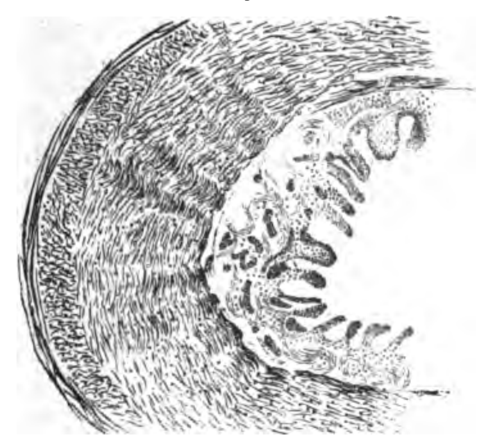


FIG. 2. — Coupe de l'intestin.

Rapprochant ce cas, où l'on trouve une ébauche d'embryon nettement individualisé, de la série des autres faits où l'on n'a que des vestiges squelettiques moins aisément reconnaissables, de ceux où l'on ne trouve que des pièces osseuses informes, enfin des productions tératoïdes analogues à celles du premier kyste, Répin arrive à cette conclusion que tous les kystes dermoïdes de l'ovaire, du plus simple au plus complexe, ont la même signification et que chacun d'eux représente l'ébauche d'un embryon. La physionomie clinique des dermoïdes de l'ovaire, leur bilatéralité fréquente les éloigne de l'inclusion fœtale. Dans l'inclusion abdominale il s'agit de deux jumeaux univitellins; l'allantoïde de l'embryon, en retard sur l'autre, pénètre dans la cavité abdominale de ce dernier et y contracte avec l'intestin des adhérences vasculaires. C'est un monstre acardiaque et toujours le kyste fœtal parasitaire est en rapport avec l'intestin de l'autosite (Dareste). Rien, dans l'étude des kystes parasitaires, ne permet donc de songer à une inclusion ovarienne pour expliquer les kystes dermoïdes de l'ovaire. Ceux-ci s'expliquent, au contraire, très bien par le développement parthénogénétique de l'ovule, comme l'avait déjà énoncé Mathias Duval. La segmentation, sans fécondation préalable, des ovules d'oiseaux, de mammifères, même de l'homme (Morel) est un fait aujourd'hui démontré. A l'appui de la théorie parthénogénétique des kystes

dermoïdes de l'ovaire vient encore ce fait que, dans certains kystes dermoïdes, au début, on a constaté que le bourgeonnement commençait par une petite saillie occupant, dans le follicule de Graaf, exactement la place où se trouve l'ovule avant l'imprégnation (Steinlin, Lee).

Dans un cas présenté par M. Tison, la *rupture d'un kyste dermoïde* pendant l'accouchement a été suivie d'une péritonite mortelle. On ne peut toutefois rien conclure de ce fait, dit M. A. Broca, la malade pouvant fort bien avoir succombé à une péritonite puerpérale ayant pris sa source dans l'utérus, sans qu'on soit en droit d'invoquer la septicité du liquide du kyste.

M. Malherbe montre un *kyste dermoïde huileux de l'ovaire*. La tumeur nettement fluctuante contenait une masse fondant dans l'étuve à 36°.

Fibrome du ligament large.

M. Gouget montre un fibrome utérin inclus dans le ligament large droit, comprimant l'uretère et causant une *hydronéphrose* avec néphrite interstitielle atrophique (1).

Torsion du pédicule dans un cas de salpingite.

M. Pierre Delbet montre une salpingite dont le pédicule s'était tordu et qui avait été le point de départ d'accidents aigus ayant simulé une occlusion intestinale. Au premier moment, après ouverture du ventre, la tumeur avait fait croire à l'existence d'une anse d'intestin volvulée. A ce propos, M. Delbet fait remarquer que si la torsion des pédicules de l'ovaire est connue, celle des salpingites, dont le pédicule est généralement large, est jusqu'ici ignorée (2).

Polypes glandulaires de l'utérus.

M. Cornil montre des coupes établissant qu'il existe deux variétés de polypes glandulaires :

(1) Nous avons, à diverses reprises, observé des lésions rénales à la suite de l'enclavement de tumeurs dans les ligaments larges. (H. H.).

(2) A notre connaissance, il existe au moins un cas de torsion nette du pédicule d'une hydro-salpingite. Il est figuré et relaté dans Bland Sutton, *Surgic. dis. of the ovaries*, London, 1891, p. 257. Dans ce cas le pédicule était tordu de 3 tours et demi. (H. H.)

La première, où l'on trouve des glandes dilatées sous forme d'œufs de Naboth (voir la fig.).



La seconde, où il s'agit de masses pleines et solides. Dans celle-ci, les glandes ne sont pas dilatées. Elles présentent une couche unique d'épithélium cylindrique qui se répète sur toute la hauteur de la glande. On y trouve une organisation plus fibreuse que dans la variété précédente De plus, ce tissu fibreux est œdématié, myxomateux.

C'est à cette dernière variété que se rattache un cas d'**hypertrophie polypoïde du col** chez une enfant de 14 ans, cas présenté par MM. JALAGUIER et ACHARD.

Sarcome de l'ovaire.

M. MAURICE BUREAU présente un sarcome de l'ovaire ; la mort était survenue brusquement le lendemain d'une ponction d'ascite par embolie pulmonaire. Il croit que la ponction a favorisé la coagulation veineuse, ce que conteste M. CORNIL (1).

Éclampsie. Lésions du foie et des reins.

MM. PILLIET et DELANSORME présentent des pièces établissant l'existence dans le foie de lésions déjà décrites par l'un d'eux (nécrose parenchymateuse avec hémorrhagie) (2). Les lésions rénales portaient surtout sur les branches descendantes des pyramides de Ferrein ; on rencontrait là, de même que sur la partie inférieure des tubes contournés, des groupements de tubes dans lesquels les cellules ne se coloraient absolument plus, n'avaient de contours distincts et remplissaient la lumière du tube d'une masse granuleuse indifférente. H. H.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(26 juin 1892).

Polype fibreux de la corne utérine. Hystérectomie vaginale.

M. CITTADINI présente un utérus qu'il a dû enlever pour des métrorrhagies profuses, rebelles au curettage et à la dilatation, entretenues par un petit fibrome pédiculé de la corne utérine. L'échec des traitements antérieurs avait fait croire à une dégénérescence maligne.

(1) Nous avons, dans deux cas, vu de même la mort par embolie pulmonaire suivre à bref délai la ponction d'une ascite consécutive à une tumeur du petit bassin, et nous établissons de même un lien entre la ponction et l'embolie. Nous pensons qu'il s'agit non d'une coagulation déterminée par l'évacuation de l'ascite, mais du détachement de caillots antérieurement formés à la suite des changements de tension vasculaire abdominale et des mouvements imprimés aux organes intra-abdominaux. (H. H.)

(2) Voir LAURADOUR. Th. de Paris, 1890, et BOUFFE. Th. 1891.

Myôme sous-muqueux gangrené.

M. Jacobs, chez une femme porteuse d'une tumeur abdominale et très anémiée, fit le curettage de la cavité utérine pleine de débris putréfiés. Mais il lui fut impossible de détacher quantité de débris solides, incrustés dans les parois et sur lesquels la curette en passant donnait la sensation de portions osseuses ou cartilagineuses. En fin de compte il fit le tamponnement iodoformé de la cavité et craignant l'absorption de matériaux septiques, l'hystérectomie abdominale avec fixation externe du pédicule.

Suppurations tubo-péritonéales et tubo-ovariques.

M. L. Desguin montre : 1° une pyosalpingite à pavillon ouvert communiquant avec une cavité intra-péritonéale enkystée ; 2° une pyosalpingite communiquant avec un kyste ovarique du volume d'une noix.

Grossesse et myômes utérins.

M. Lauwers : Dans deux cas, hystérectomie abdominale avec pédicule externe, 2 guérisons. Chez une 3e femme en travail à 7 mois 1/2, la mort survint par syncope avant l'opération. L'autopsie montra que celle-ci eût été facile. Une 4e malade hystérectomiée guérit malgré une 2e laparotomie nécessitée par une occlusion intestinale par coudure d'une anse adhérente au pédicule.

Lauwers conclut : En présence d'un myôme compliquant une grossesse, attendre, sauf à intervenir s'il survient des phénomènes de compression, des hémorrhagies ou d'autres accidents. Dans ce cas, intervenir chirurgicalement, rejetant l'avortement médical qui, dans la grossesse compliquée de myômes, expose à de graves hémorrhagies et qui, de plus, est irrationnel car il consiste à enlever à la femme le fœtus, qu'on devrait lui laisser, et à lui laisser la tumeur qu'on devrait lui enlever.

M. Rouffart présente un **fibro-myôme de 22 livres développé dans le ligament large** ; plusieurs pièces de *salpingites*, dont une suppurée est intéressante par le développement de la masse fongueuse qui la remplit.

Dans un prochain numéro, nous analyserons les communications sur les **indications de l'accouchement prématuré, l'opération césarienne et l'embryotomie,** la discussion n'étant pas encore close. H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

Sur le développement simultané des fibro-myômes et du cancer de l'utérus. (Ueber das gleichzeitige Auftreten von Fibromyom und Carcinom am Uterus), SCHRAMM. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 235.

Bien qu'un certain nombre d'auteurs (Simpson, Winckel, Gusserow, Löhlein, etc.) aient signalé comme fréquente l'association des myômes utérins et du cancer, les observations de ce genre restent fort rares. Si l'on songe à la prédilection en quelque sorte des fibro-myômes pour le fond de l'utérus, on serait conduit à admettre la fréquence du cancer dans cette région. Or, il n'en est rien. D'autre part, le cancer frappe surtout le col qui est la région la moins envahie par les myômes. Quant à l'opinion qu'un myôme peut se transformer en cancer, elle a été rejetée avec raison, tandis qu'on admet la dégénérescence sarcomateuse. Quand un cancer se développe dans le voisinage d'un myôme, on peut néanmoins le considérer comme une conséquence de celui-ci. Une hyperhémie prolongée, phénomène habituel dans les cas de myôme, favorise en effet des bourgeonnements muqueux et glandulaires qui prédisposent à l'éclosion du cancer. Il est clair toutefois qu'entre un myôme du fond de l'utérus et un cancer du col il n'existe aucun rapport étiologique, il y a coïncidence simplement.

Schramm a enlevé, par hystérectomie vaginale, un utérus sur lequel se constatait cette association d'un myôme et d'un cancer. Au niveau du fond de l'organe existait un fibrome, épais, sphérique, gros comme une bille de billard, séparé seulement de la muqueuse de la cavité utérine, par une couche de tissu normal, épaisse d'environ 1 millim. La paroi interne de la cavité utérine était partout tapissée par une masse néoplasique, blanchâtre, villeuse, molle. Cette masse néoplasique était séparée du myôme par une épaisseur d'éléments musculaires conservés de 1 millim. L'examen microscopique permit de constater qu'il s'agissait d'un carcinome papillaire à cellules cylindriques.

La pièce provenait d'une femme non mariée âgée de 64 ans, qui, jusque dans les dernières années, avait été bien portante. Réguliè-

rement menstruée jusqu'à 54 ans où la ménopause s'établit, elle fut sujette à partir de la soixantaine, à des hémorrhagies génitales irrégulières, et à des douleurs abdominales. A l'exploration, l'utérus n'a point augmenté de volume et l'examen microscopique des fragments de muqueuse obtenus par curettage confirma le diagnostic clinique de cancer. R. L.

De la dégénérescence carcinomateuse primitive des fibro-myômes de l'utérus (Die primäre carcinomatöse Degeneration der Fibromyome des Uterus), EHRENDOFER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 27, p. 513.

Il s'agit là d'un processus peu connu, aussi l'auteur en reprend-il l'histoire, et fait-il un examen critique des cas analogues publiés jusqu'ici. Il relate ensuite un cas, non douteux, qu'il a observé lui-même : fibro-myôme relativement volumineux, pourvu d'un pédicule assez fin, issu d'une des lèvres de l'orifice externe, et présentant sur une grande étendue de sa surface des bourgeons, dépressibles à une pression légère et se prolongeant à 2 centimètres environ dans la tumeur. L'examen microscopique démontre qu'on se trouvait en présence d'une tumeur mixte, fibro-myôme et carcinome à épithélium pavimenteux développé de la surface vers les parties profondes. En raison de l'absence de toute altération appréciable au niveau de la portion, aussi bien que dans le restant de l'utérus, et de la dégénérescence très avancée au niveau de la tumeur, l'auteur se trouve autorisé à conclure qu'il s'agissait d'une *dégénérescence cancéreuse primitive, isolée*. Suit la description microscopique détaillée de la pièce pathologique. R. L.

De la présence simultanée des fibro-myômes et du carcinome utérins. (Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom in der Gebarmütter), EHRENDOFER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, nº XLII, Hft 2, 255.

Le sujet étudié par l'auteur a une portée pratique très réelle. Car du plus ou moins de fréquence de l'association dont il s'agit, découlent évidemment des indications importantes. Ehrendofer relate 4 observations intéressantes, et formule les conclusions suivantes :

1) La présence simultanée des fibro-myômes et du cancer de la matrice est plus fréquente qu'on ne l'a dit jusqu'à ce jour ; clinique-

ment, cette association mérite donc plus d'attention qu'on ne lui en a accordé.

2) Dans toute extirpation de fibro-myômes (hystéro-myomectomie), il faut, avant de procéder au traitement du pédicule et immédiatement après l'ablation de la tumeur, rechercher soigneusement si le corps utérin ne renferme pas des éléments cancéreux.

Quelques incisions profondes intéressant la paroi altérée de la matrice et ouvrant la cavité utérine permettront, en général, de reconnaître, même à l'œil nu, une dégénérescence maligne tant soit peu avancée.

3) Quand il y a coexistence de fibro-myôme et de cancer de la matrice, ou qu'on a des raisons de suspecter le cancer, il faut renoncer à constituer un pédicule ; ce qui s'impose, c'est l'extirpation totale de la matrice, conduite d'ailleurs généralement adoptée dans les cas de coexistence de cancer du col.

4) Il n'est aucune sorte de traitement du pédicule qui puisse, dans les cas de dégénérescence cancéreuse de la muqueuse du corps, même après curettage et cautérisation à fond de la cavité du moignon, mettre à l'abri d'une récidive; or, la récidive, d'une manière générale, exclut tout espoir de guérison.

5) Quand, en même temps qu'il existe des fibro-myômes de l'utérus, il se fait un écoulement abondant séreux, muqueux ou louche, ou qu'il se produit des hémorrhagies violentes accompagnées de douleurs intolérables, comme expulsives, surtout si ces accidents se manifestent à l'époque de la ménopause, vers la cinquantaine, ils doivent faire soupçonner la coexistence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine. Et, en semblables conditions, il importe de peu conseiller un traitement symptomatique, et de se décider résolument au traitement chirurgical.

6) Il ne serait pas sans intérêt, en se basant sur des faits nombreux, de tâcher de déterminer si le cancer de l'utérus se montre plus fréquemment associé à des fibro-myômes, qu'isolément.

R. L.

Des modifications de la muqueuse utérine dans les cas de carcinome de la portion vaginale. J. Ellischer. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1 p. 15.

D'examens miscroscopiques de la muqueuse utérine pratiqués dans 8 cas de cancer de la portion vaginale, l'auteur déduit les **conclusions suivantes :**

1) Lorsqu'il y a cancer de la portion vaginale, la muqueuse du corps subit des altérations qui sont la conséquence de métastases ou le produit de processus inflammatoires chroniques.

2) La dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse (circonscrite ou diffuse), en dépit de la diversité des cas observés, n'a jamais été constatée.

3) Les altérations de la muqueuse peuvent, par leurs caractères propres, servir au diagnostic basé sur l'examen de fragments, et justifier l'extirpation totale, aussi précoce que possible, de la matrice.

R. L.

De la genèse des tumeurs fibro-cystiques. (Zur genese der fibrocystischen Geschwülste), FRIEDRICH UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 28, p. 541.

L'auteur cite un cas de dégénérescence kystique d'un fibromyôme de l'utérus, par un mécanisme encore non décrit. Tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant et à peu près sphérique. Sa surface était en totalité recouverte par le péritoine, fortement injecté dans la partie antéro-supérieure ; elle présentait aussi des traces d'adhérences. Une coupe ayant été faite suivant le centre de la tumeur, on constata un espace kystique, ayant les dimensions d'une cerise, et qui était en partie rempli par un fragment de tissu rattaché à la paroi par une sorte de pédicule ; le reste de la cavité était occupé par une matière en bouillie, d'un aspect gris sale. Le fragment de tissu pédiculé était d'une consistance plus molle que celle de la masse générale de la tumeur. La face interne de la vacuole était irrégulière, bosselée. On voyait, en outre, sur cette pièce des points nombreux et circonscrits qui tranchaient par leur coloration rouge accusée sur les régions voisines.

Examen microscopique.— Pour la plus grande part, la tumeur est composée de tissu musculaire et de tissu connectif, celui-ci peu abondant. En beaucoup de points, les éléments constituants ont subi des modifications régressives. En effet, au lieu de faisceaux musculaires on aperçoit des tractus connectifs disposés en longues bandes, au milieu desquels apparaissent des cellules fusiformes, pourvues de noyaux longs et ovales. Les parties intermédiaires aux faisceaux ont une coloration rouge très nette, mais sans tissu figuré. Plus en dehors, se trouve une zone de tissu nécrosé, au sein duquel apparaissent des espaces cellulaires volumineux, sembla-

bles à des vacuoles, et contenant un ou plusieurs noyaux, lesquels sont pour la plupart situés à la périphérie. Sur d'autres points, on découvre au centre de semblables foyers de nécrose une apparence de tissu, avec dégénérescence granuleuse du protoplasma des cellules, tandis qu'à la périphérie on retrouve les altérations précédentes.

Vers le centre de la tumeur, le tissu est manifestement composé de faisceaux musculaires et connectifs, mais faiblement colorés en comparaison de la coloration des autres régions. Sur des coupes intéressant la paroi de la cavité centrale et le fragment de tissu qui y était logé, on constate les mêmes modifications.

En résumé, *il s'est agi d'une formation kystique au sein d'un fibrome, par nécrose de la tumeur. Le processus nécrotique doit être lui-même attribué aux troubles de nutrition consécutifs à la gêne circulatoire résultant de l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin.* R. L.

Contribution à la discussion sur le traitement rétro-péritonéal du pédicule, selon la méthode de Chrobak, dans les opérations de myômes par voie abdominale. (Ein Beitrag zur Discussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak bei den abdominalen Myomoperationen), V. Johannovsky. *Arch. f. Gyn.*, 1892, nº XLII, Hft II, p. 353.

Le procédé opératoire de Chrobak est surtout destiné à empêcher l'infection du péritoine par le moignon utérin.

La particularité capitale de ce procédé consiste, comme on le sait, dans la *dissection de deux lambeaux séreux, inégaux. Inégaux, pour qu'une fois suturés, la ligne de suture se trouve notablement en deçà ou en delà de la plaie cervicale.* De plus, comme le fait remarquer Johannovsky, les lambeaux n'étant pas unis au col, ne faisant pas partie intégrante du moignon (ce qui est une innovation réelle), les chances d'infection sont plus sûrement écartées. Quant au drainage que Chrobak considère comme facultatif, ou plutôt comme utilisable suivant l'appréciation du chirurgien, l'auteur estime qu'il importe de l'appliquer dans tous les cas. Chrobak a fait, suivant ce procédé, 17 hystérectomies sans un seul cas de mort, ce qui est un résultat fort encourageant. De son côté, l'auteur relate cinq opérations (2 opérations pour myômes, et 3 opérations césariennes suivant la méthode de Porro), dans

lesquelles il a traité le pédicule à la manière de Chrobak. Or, les 5 opérées ont guéri dans un temps relativement court (trois semaines); les suites opératoires ont été très satisfaisantes, en certains cas absolument apyrétiques, et tous les autres avec quelques élévations légères (au plus 38°,6) et passagères de la température. En somme, l'auteur fait un chaud plaidoyer en faveur de la méthode.

R. L.

Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. (The treatment of the pedicle in abdominal hysterectomy) par FR. H. MARTIN, de Chicago. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1892, p. 715.

Après l'examen des méthodes connues, Martin adopte celle de Eastman, qui lie les ligaments larges, les annexes y comprises, ouvre le vagin en arrière, attache les bords de la plaie vaginale avec de longs fils qui servent ensuite à les attirer dans le canal et retranche progressivement le col et le moignon. Il suture le péritoine sur le pédicule retourné, ferme la plaie du ventre et panse la plaie vaginale comme celle de l'hystérectomie vaginale. Si la masse de la tumeur est gênante, on peut l'enlever avant d'ouvrir le vagin, et placer une ligature élastique d'attente.

Cette méthode n'a pas, comme on le croit, l'inconvénient d'exposer l'opérée à une hernie vaginale. Cet accident est très rare.

A. C.

Contribution à l'histoire des opérations pour myômes. (Zur Kasuistik der Myomoperationen), ASCHER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 307, et *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 10, p. 200.

Ce travail repose sur 28 opérations; la castration seule n'était pas possible dans ces cas et le traitement électrique était resté inefficace. L'auteur pose comme indications à l'intervention : la disposition à l'expulsion par les voies naturelles, l'accroissement rapide de la tumeur chez des sujets jeunes, la coexistence d'altérations malignes de la muqueuse et la dégénérescence maligne de la tumeur elle-même. Dans 10 cas, les myômes furent énucléés et la perte de substance réunie au moyen de sutures à points séparés, à la soie, et en étages; le péritoine fut suturé au-dessus avec du catgut; 1 cas de mort après une opération pratiquée durant les suites de couches, par hémorrhagie secondaire. Dans 15 cas, amputation supra-vaginale, 10 fois avec traitement intra-péritonéal et 5 fois avec traitement extra-péritonéal. Sur les 10 cas de la pre-

mière série, 4 morts : 3 par hémorrhagie secondaire ou septicémie consécutive, 1 par embolie pulmonaire; sur les 5 de la seconde série, 2 morts : par septicémie ou intoxication iodoformée. Dans l'un des cas suivis de guérison, la plaie abdominale céda au 8e jour (la suture avait été enlevée le 7e) après l'administration d'un laxatif et apparition de météorisme abdominal. La plaie fut de nouveau refermée. Peu après, production d'une fistule intestinale avec écoulement, à travers l'utérus et le col, de matières stercorales. La fistule guérit spontanément au bout de quelques jours. Dans les trois autres observations, il s'agissait de tumeurs malignes: *a*) 2 cysto-myômes dégénérés; *b*), 1 enchondro-myôme en voie d'ossification; ils se terminèrent par la mort. R. L.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule après la myotomie. (Ueber intra-peritoneale Stielversorgung nach Myotomie), FRITSCH. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 18, p. 361 (1).

Au point de vue de la gynécologie opératoire, le temps où nous vivons est plein d'intérêt. Dans les cas chirurgicaux comment opère-t-on, chacun le sait : le mode d'intervention, dans tous les pays du monde, est à peu près le même. Mais chaque gynécologue a sa méthode à lui, et pas une fois les indications ne sont formellement établies. Certes, on peut admettre que dans 100 ans, nos opérations seront parfaitement réglées, mais, pour l'instant, il n'en est rien. Aussi, ai-je pris pour principe de faire toutes les opérations, car ce n'est qu'après avoir répété un acte opératoire qu'on est à même de l'apprécier. Lorsqu'il arrive que d'autres opérateurs obtiennent des résultats plus favorables, sans doute la différence peut dépendre soit du hasard, soit d'une habileté plus grande, mais il n'est pas impossible qu'elle tienne aussi à la méthode suivie. Pour cette raison, j'ai abandonné des procédés qui m'avaient donné de mauvais résultats pour en adopter de différents qui en avaient donné de favorables à d'autres chirurgiens. Me guidant d'après ce principe, j'avais abandonné le traitement intra-péritonéal du pédicule et adopté le traitement extra-péritonéal, et de 25 0/0 le chiffre de la mortalité était tombé à 8 0/0. Malgré tout, ce dernier procédé me causait toujours de la répugnance. Dans mon ancienne clinique, où je disposais de peu de place, j'étais dans la nécessité de renvoyer les opérées au bout de peu de temps. Or, de

(1) Communication à la *Soc. obst. de gyn. de Berlin.*

celles qui étaient guéries, un certain nombre revenaient plus ou moins de temps après qui se plaignaient d'avoir encore une petite fistule. Dans la profondeur, il y avait peut-être une anse de fil qu'il n'était pas facile d'enlever. Quand pour faire l'opération on s'y prend comme moi, qu'on amène en dehors du péritoine le pédicule des ligaments larges, il y a souvent nécessité d'abandonner dans la profondeur des fils de soie, qu'il est ultérieurement difficile d'enlever. J'adoptai alors avec enthousiasme l'énucléation et je l'ai pratiquée même dans des cas de fibromes plus gros qu'une tête d'adulte. Souvent l'utérus, ainsi traité, prend une forme tout à fait bizarre ! Les résultats à la vérité étaient bons; mais, il faut bien le dire, *ce qui justifie l'énucléation, c'est qu'on se propose, par elle, de conserver à la femme un organe capable de remplir sa fonction.* Et, il existe incontestablement des cas où la grossesse et l'accouchement ont été observés après l'énucléation. Mais, quand il s'agit d'une vieille femme ou d'une vieille fille, de sujets chez lesquels il n'y a aucune indication à conserver l'utérus, pour quelle raison viser ce but, surtout quand le procédé opératoire se complique de réelles difficultés techniques? En fait, l'énucléation n'est justifiée que si elle comporte un pronostic plus bénin, que si elle est d'une exécution facile. J'ai, maintes fois, trouvé un grand nombre de petits myômes en des régions de l'utérus où, antérieurement, on ne les avait ni vus ni perçus. Or, ces « germes », ces nodules myomateux s'accroissent plus tard, et il m'est arrivé, en certains cas, de devoir, après plusieurs années, pratiquer une seconde myomotomie. Pour ces motifs, j'estime aujourd'hui qu'*il est parfaitement rationnel de faire l'énucléation, mais qu'il faut la réserver pour les petites tumeurs, et, d'une manière générale, ne la faire que s'il y a un réel intérêt à conserver au sujet un organe apte à remplir sa fonction.*

Plus tard, j'ai accepté avec enthousiasme l'extirpation totale, que Bardenheuer, le premier, a pratiquée (1880) et dont A. Martin a eu le mérite de faire une opération parfaitement réglée. Cette opération donne de bons résultats. D'autre part, la grande question du traitement péritonéal ou intra-péritonéal est du coup éludée, puisqu'on supprime le moignon. Ce fut là une idée très ingénieuse de Martin, mais, il faut avouer que de décider si le col doit ou non rester, c'est une affaire d'opportunité.

Est-il plus avantageux pour la technique opératoire, pour les

suites immédiates, pour l'avenir de le laisser en place, on le laisse. Sinon, la portion vaginale sous le double point de vue de la vie et de la santé n'a plus de but. J'ai pratiqué cette opération de la façon suivante : excision par en haut de l'utérus, suture, application d'une éponge, fermeture de l'abdomen, extirpation du col par le vagin, enlèvement de l'éponge. La plupart des cas guérissaient d'une façon remarquable. J'ai aussi fait une fois l'opération suivant le procédé de Martin. Évidemment l'opération est tout à fait praticable, mais elle constitue vraiment une intervention grave. Les jeunes sujets la supportent, mais c'est à peine si l'on peut y songer quand il s'agit de sujets âgés.

Lorsque j'ai enlevé le myôme et laissé seulement le col facile à suturer, je suis toujours pénétré de cette idée qu'il faut, dès ce moment, terminer rapidement l'opération, et qu'au fond la deuxième opération (ablation du col), est parfaitement inutile. Pour quelle raison enlever ce petit moignon inoffensif? Ce supplément d'intervention, le danger créé par la prolongation de l'intervention me paraissent injustifiés.

D'autre part, l'énucléation m'avait appris beaucoup de choses. Dans l'énucléation, le chirurgien abandonne dans le ventre une quantité notable de substances à suture. Jadis, j'avais pensé que la méthode de Schröder était fâcheuse, parce que le péritoine s'irritait, qu'il perdait son aptitude fonctionnelle, qu'il restait dans le ventre une masse considérable de sutures, et qu'il se faisait des sécrétions susceptibles, le cas échéant, de se décomposer. Or, ce que j'ai appris en pratiquant l'énucléation, m'oblige à confesser que je me trompais. Finalement, il se présenta un cas qui me décida à abandonner la méthode extra-péritonéale. Je dus pratiquer la césarienne sur une femme qui l'avait déjà subie une fois. Or, en avant de l'utérus et jusqu'à la symphyse, les intestins étaient situés dans une hernie de la ligne blanche. Je disséquai l'intestin de la peau sur une hauteur de 20 centim. et sur une largeur de 10 centim., puis je le séparai de l'utérus; il se produisit une hémorrhagie abondante. Je ne songeai pas à faire la césarienne parce que la paroi antérieure de la matrice donnait du sang et je fis l'opération de Porro. Mais je dus abandonner le pédicule dans le ventre, parce que si j'avais adopté la méthode extra-péritonéale, il serait survenu nécessairement, à cause des adhérences de l'intestin à la vessie, à la paroi abdominale, des

compressions de cet organe. La femme avait perdu beaucoup de sang et était très faible. J'abandonnai donc le pédicule, et refermai la paroi abdominale. Le 8e jour, quand le bandage fut enlevé, je constatai que le cul-de-sac de Douglas proéminait fortement et qu'il existait une grosse tumeur abdominale. Le cul-de-sac de Douglas ayant été incisé par le vagin, il s'écoula environ 1 1/2 litre de sang absolument aseptique. La femme guérit. Ce fait fournit la preuve que dans un cas où il n'avait été employé aucune sorte d'antiseptique, mais seulement de l'eau stérilisée, tout resta aseptique, malgré l'étendue des surfaces cruentées, le nombre des fils de suture, en dépit de 2 litres environ de substances nutritives (milieu de culture). J'étais par là autorisé à formuler cette conclusion : *le moignon peut être laissé en place* (1). Mais, je m'applique à réduire autant que possible le moignon cervical. En résumé, *après avoir abandonné, en considération des résultats exprimés par les statistiques, la méthode intra-péritonéale pour l'extra-péritonéale, je suis revenu à la première après que j'ai eu acquis la conviction qu'on pouvait sans danger abandonner des fils dans le ventre* (2). R. L.

Contribution au traitement chirurgical des fibro-myômes utérins. (Contributo alla cura chirurgica dei fibromiomi dell' utero). BOMPIANI. *Annal. di Ost. e Gin.* Milano, 1892, p. 100.

L'auteur se prononce contre le curettage, les injections intra-utérines caustiques, contre l'électrolyse. La castration est limitée aux cas où la tumeur ne peut être extraite de l'excavation pelvienne. Dans l'hystérectomie, il fixe toujours le pédicule à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, les autres procédés lui paraissant dangeureux.

P. MAUCLAIRE.

Énucléation par la laparotomie de neuf fibromes utérins interstitiels, par JABOULAY. *Lyon méd.*, 1892, p. 374.

Cette opération, l'énucléation intra utérine de fibromes, semble à

(1) A l'objection possible que par l'enlèvement du moignon on cherche à assurer le drainage du péritoine, Fritsch répond que « *la séreuse, saine, se draine elle-même* ».

(2) Cette communication a été le point de départ d'une discussion dans laquelle Gusserow et Olshausen ont félicité Fritsch d'être revenu à une méthode qu'ils considèrent comme la méthode de choix.

M. Jaboulay dévoir remplacer l'hystérectomie et les différents procédés, même les meilleurs, pour exécuter cette opération. Enlever l'utérus pour une tumeur bénigne équivaut à amputer un membre pour des néoplasmes non malins ; les difficultés opératoires ne doivent pas entrer en ligne de compte. La cavité utérine devra toujours au préalable être désinfectée et curettée.

P. MAUCLAIRE.

Le lacs élastique dans le traitement intrapéritonéal des pédicules dans les laparotomies. (Il laccio elastica nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparotomie), par CUZZI. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 236.

Le lacs élastique est supérieur à la ligature à la soie en ce qui concerne l'hémostase, la rapidité opératoire, et l'antisepsie. Cuzzi décrit au point de vue macroscopique et microscopique deux moignons utérins provenant d'opérées mortes, l'une le 2e jour, l'autre le 5e jour après l'opération. Ces pièces prouvent que la compression élastique ne détermine pas nécessairement la chute dans la cavité péritonéale du fragment utérin placé au-dessus du lacs élastique ce qui faciliterait la marche de l'infection venant de la cavité utérine.

P. MAUCLAIRE.

Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, par M. DURET. *J. de méd.* Lille, 1892, p. 291.

Dans ce nouveau mémoire, M. Duret rapporte quatre nouvelles observations qui lui permettent de conclure que les inconvénients du traitement du pédicule par la méthode externe dans l'hystérectomie abdominale se réduisent à peu de chose et peuvent être évités la plupart du temps. Ils perdent aisément de leur importance si on les compare à la sûreté des résultats que donnent les statistiques des opérations où l'on a suivi cette méthode.

P. MAUCLAIRE.

Fibromes utérins, laparotomie, par CURTILLET. *Lyon médical*, 1891, p. 325.

A l'examen de l'abdomen le fibrome formait une tumeur du volume d'un utérus gravide au cinquième mois, médiane, régulière, de consistance ferme et uniforme, mais dans la position genu pectorale le fibrome basculait en avant et se distinguait nettement de l'utérus.

L'opération vérifia le diagnostic porté par M. Tripier : corps fibreux utérin sous-péritonéal pédiculé. Dans le choix du procédé employé pour le traitement du pédicule, M. Tripier se base sur la longueur et le volume de celui-ci, le procédé de Schrœder ou méthode de traitement intra-péritonéal est réservé aux pédicules étroits ; le procédé de Wolfler et Haecker ou procédé mixte est réservé aux pédicules larges et courts ; le procédé de Hégar ou méthode extrapéritonéale doit être employée pour les pédicules larges et longs. P. MAUCLAIRE.

Deux cas d'élimination du lacs élastique et de la partie étranglée du pédicule à travers un moignon utérin à la suite d'hystérectomie sus-vaginale pour fibro-myômes. (Due casi di eliminazione del laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attravesso la cavita del monione uterino in seguito d'isterectomia sopravaginale per fibromiomi), par Dr LAURO. In *Annali di Gynec. e Obst.* Milano, 1891, p. 540.

Après avoir rapporté ces deux observations intéressantes, Lauro conclut que la ligature élastique perdue du pédicule dans les hystérectomies supra-vaginales est un perfectionnement dans la pratique gynécologique. Mais si, dans la plupart des cas, le lacs et la partie étranglée du pédicule restent encapsulés dans la cavité abdominale, dans quelques cas ils peuvent être éliminés par le canal cervical du moignon. Le mécanisme de cette expulsion est dû à la perméabilité de ce canal, à la pression intra-abdominale et aux efforts faits par la malade. La portion éliminée du pédicule est plus ou moins mortifiée.

P. MAUCLAIRE.

Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale, par P. GOUILLIOUD. *Lyon médical*, nº 42, 18 octobre 1891, p. 215.

Après Bardenheuer, A. Martin et d'autres, l'auteur se montre partisan de l'hystérectomie totale. Avec elle, on évite les inconvénients du traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule ; elle permet de plus, de drainer la cavité péritonéale en son point le plus déclive et de faire une hémostase directe et complète, enfin, elle assure mieux l'antisepsie, en supprimant les causes d'infection qui peuvent venir de la cavité cervicale.

L'hystérectomie totale peut être : 1º uniquement abdominale, ou bien, 2º abdominale avec extirpation vaginale du pédicule.

Par le premier procédé, on put, soit enlever l'utérus en entier sans sectionner l'isthme, soit extirper le pédicule par la voie abdominale après l'ablation du corps de l'utérus fibromateux. L'incision de l'insertion vaginale sur le col de l'utérus se fait sans instrumentation spéciale (A. Martin, Guermonprez) ou sur un instrument en forme de T dont la branche transversale forme sonde cannelée.

L'hystérectomie abdominale avec extirpation vaginale du pédicule a été faite surtout par A. Martin; M. Bouilly l'a pratiquée chez une femme atteinte à la fois de cancer du col et de fibrome du corps de l'utérus; enfin M. Gouillioud rapporte une observation personnelle. D'après ce dernier, cette opération diminue la gravité de l'hystérectomie et les chances d'infection.

Voici comme il propose de régler l'intervention :

1er temps. Laparotomie, ligature élastique sur l'isthme de l'utérus, section au-dessus de la ligature, cautérisation de la cavité cervicale; fermeture de la cavité péritonéale par un surjet.

2e temps. Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale.

3e temps. Achèvement de la suture abdominale, couche aponévrotique et peau.

Dans l'opération qu'il a pratiquée sur une femme robuste, de 41 ans, M. Gouillioud, par suite de la présence d'un hydrosalpinx et du développement en partie intraligamenteux du fibrome, éprouva quelques difficultés qui lui firent interposer les divers temps opératoires. La malade sortit guérie le 25e jour, ayant présenté deux complications indépendantes du mode de traitement du pédicule; un petit abcès de la paroi abdominale et une monoplégie brachiale du côté gauche attribuée par l'auteur à l'hystérotraumatisme.

R. Sebillotte.

Myômes utérins. (The treatment of large myomatous tumors of the uterus. Myomotomy and hysteromyomectomy), par Kelly. *Bulletin of the Johns Hopkins hospital.* Baltimore, avril 1891, p. 45.

Obs. I. — Myôme utérin (ayant pour dimensions $25 \times 20 \times 17$ centim.) chez une négresse. Cette tumeur était attachée au fond de l'utérus du côté droit par un court pédicule contenant quelques vaisseaux.

Mais les principaux vaisseaux de la tumeur provenaient de l'épiploon au-dessous du côlon transverse ; plusieurs vaisseaux provenaient en outre de l'intestin grêle. Il s'agit donc là d'une sorte de tumeur parasite. Les tumeurs de cette sorte ne sont pas très rares.

En général, l'auteur s'occupe en dernier lieu du pédicule naturel de la tumeur ; mais ici, en raison de difficultés spéciales, il lève d'abord le pédicule utérin. Il put ensuite lier aisément les plus gros vaisseaux de la face supérieure de la tumeur ; mais en dessous, il y avait des adhérences contenant de gros vaisseaux et unissant le myôme aux intestins. En tirant sur la tumeur, l'auteur créa ainsi une sorte de pédicule qu'il put lier. Mais, plus loin, les adhérences devenant plus larges, le noyau ne suffisait plus, l'auteur détacha alors les adhérences en disséquant des bandelettes dans la tumeur. On arrête alors l'hémorrhagie en unissant entre eux par des sutures à la soie les bords parallèles de ces lanières. Pas de fièvre. Guérison.

Obs. II. — Myôme utérin volumineux, produisant des palpitations, un peu de dyspnée, de l'albuminurie, comprimant la vessie, amenant une dépression mentale marquée.

Opération, le 4 février 1891. — Incision longue de 20 centim.

La tumeur est soulevée hors de l'abdomen tendant de chaque côté les ligaments larges ; on place sur ceux-ci des pinces au voisinage de l'utérus et des ligatures près des parois du bassin et on coupe à travers les 2 ligaments larges obliquement au-dessous de la tumeur, jusqu'au col de l'utérus. Ce dernier forma le pédicule sur lequel on plaça une ligature élastique ; on coupa alors toute la masse au-dessus, enlevant ainsi la tumeur, le corps de l'utérus et la partie supérieure du col. Le pédicule de 4 centim. de diamètre fut cautérisé au fer rouge et suturé au catgut. On passa ensuite des sutures en fil d'argent qu'on tordit autour du pédicule, on lia les 2 artères utérines et on lâcha alors la ligature élastique du pédicule ; on dut ajouter 2 sutures supplémentaires et, dès lors, aucune hémorrhagie ne se montra à la surface du pédicule.

Lavage de l'abdomen. Drainage. Suture du péritoine du pédicule au péritoine pariétal.

Pansement iodoformé.

Guérison.

Obs. III. — Myôme utérin de 18 centim. sur 13 centim. causant des hémorrhagies extrêmement abondantes.

Incision de 20 centim. On soulève la tumeur; on lie les ligaments larges formant un pédicule qui est traité comme dans le cas précédent, tube à drainage. Guérison.

Obs. IV. — Myôme chez une femme un peu âgée; on trouva une adhérence avec le fond de la vessie; du reste, l'opération fut conduite exactement comme les précédentes. Guérison.

Quelques remarques sur l'étiologie des myômes et sur la technique de la myomotomie. (Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Myome und zur Methode der Myomotomie), H. Fehling. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 29, p. 513.

L'opinion générale est que les myômes se rencontrent plus fréquemment chez les femmes mariées que chez les non mariées. Or, Winckel a formulé, le premier, l'opinion contraire. Afin de vérifier de quel côté est la vérité, Fehling a fait entreprendre à la clinique de Bâle de nouvelles recherches sur ce sujet. Il fait remarquer, qu'il est irrationnel de déduire la fréquence relative de l'affection myomateuse chez les femmes mariées et non mariées, en ne tenant compte que des malades atteintes de myômes. Il faut tenir compte du nombre des femmes mariées et non mariées entrées à la clinique. Cette réserve faite, voici les chiffres trouvés : sur 1754 femmes, atteintes d'affections gynécologiques, 83 0/0 femmes mariées 17 0/0 non mariées = 5/1. Sur 189 cas de myomes 95,6 0/0 mariées 34,4 0/0 non mariées = 2/1. Sur l'ensemble des malades, âgées de 21-60 ans on comptait 3 femmes mariées pour 1 non mariée; de 30-50 ans, 3,4 mariées pour 1 non mariée; chiffres qui établissent, d'une manière indiscutable, que les *myômes sont* plus fréquents chez les femmes non mariées que chez les autres.

Dans le but de hâter la cicatrisation dans le traitement extrapéritonéal du pédicule, Fehling excise avec les ciseaux le moignon, quand cela est possible du 14-21e jour, immédiatement au-dessous du lien élastique. A condition de sectionner très près du lien élastique, on n'a aucune hémorrhagie à craindre. Dès que l'entonnoir s'est réuni et rétréci dans la portion inférieure, il procède à la réunion des parois abdominales laissées intactes dans la 1re intervention, en évitant soigneusement le péritoine. L'entonnoir, après désinfection soigneuse, ainsi que la peau environnante sont raclés, puis, on avive légèrement les bords de la plaie abdominale et on les réunit au moyen de sutures superficielles et profondes. On place un drain, mince dans la région de la cavité cervicale. Grâce, à ces

modifications opératoires, la durée de la convalescence serait remarquablement abrégée.

L'auteur, sur 30 cas de traitement extra-péritonéal du pédicule après myomotomie, n'aurait eu que 3 morts, = 10 0/0.

R. L.

Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus. CH. SUDRY. *Lyon méd.*, 1891, p. 14.

C'est le procédé de M. Laroyenne que l'auteur décrit. Pour les corps fibreux intra-utérins, la dilatation du col étant faite, la muqueuse doit être incisée de manière à en conserver une véritable manchette qui est suturée et réappliquée. Dans les fibromes sous-péritonéaux séniles. M. Laroyenne laisse une collerette de péritoine qui est également suturée et réappliquée. Ce procédé diminue l'hémorrhagie, car la surface disséquée est bien moins étendue que si on incise la muqueuse sur le sommet de la tumeur, et il est préférable au procédé de Kaltenbach qui incise circulairement la muqueuse du pédicule au niveau du sillon qui sépare l'utérus de la tumeur.

Un cas de fibro-myôme kystique de l'utérus. (Di un caso di fibromioma cistico dell' utero), par L. CLIVIO. *Annali di ost. e ginec.* Milano, décembre 1891, p. 856.

Les recherches microscopiques de l'auteur le portent à penser que ces kystes dérivent du fond des glandes restées renfermées dans la néoformation fibromateuse.

P. M.

Contribution à la pathogénie des cysto-myômes utérins. Cysto-myôme multiloculaire, bilatéral, symétrique, ayant oblitéré la portion utérine des trompes de Fallope, par L. BARABAN. *Rev. méd. de l'Est.*, 15 octobre 1891, p. 609.

La pathogénie des cysto-myômes utérins est encore obscure, car si la nature fibro-musculaire des tumeurs est toujours facile à établir, il n'en est pas de même pour l'origine des cavités kystiques.

L'hypothèse de l'origine lymphatique des kystes de certains myômes utérins s'appuie sur des preuves très sérieuses (faits de Kœberlé, Léopold et Fehling; Rein; W. Müller), cependant le professeur Baraban « a eu l'occasion de surprendre à son éclosion, pour ainsi dire, la formation d'un cysto-myôme utérin, qui établit

sans conteste l'existence d'une seconde variété ayant pour origine l'épithélium tubaire ». Un utérus avait été enlevé pour un épithéliome du col; la muqueuse du corps était saine, mais il existait symétriquement un épaississement à l'insertion des trompes. Il s'agissait de deux myômes symétriques, renfermant des kystes microscopiques, à contenu finement grenu. Les parois étaient tapissées par un épithélium parfois atrophié, ailleurs proliférant avec des cellules cylindriques à noyaux multiples, quelquefois avec des cellules ciliées.

La symétrie des lésions observées amène l'auteur a concevoir la possibilité d'une origine congénitale pour les éléments épithéliaux des cysto-myômes utérins. R. SEBILLOTTE.

Un cas particulier de fibro-myôme sous-muqueux de l'utérus. (Un caso particolare di fibromioma sottomucoso dell'utero). GATTORN. *Annali di Ost. e Gin.* Milano, 1892, p. 100.

C'est l'histoire clinique de l'énucléation par la voie vaginale d'un volumineux fibrome, sous-muqueux (975 grammes). L'opération dura 3/4 d'heure, fut faite par morcellement, et fut accompagnée d'une inversion partielle de l'utérus et de rupture superficielle du périnée et du vagin. Guérison parfaite sans fièvre.

P. MAUCLAIRE.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. POZZI, deuxième édition, Paris, 1892.

Lorsque parut, il y a 18 mois, le traité magistral de M. Pozzi, nous disions ici même que ce livre si bien écrit, si clair grâce à la coordination parfaite des nombreux matériaux qui y sont accumulés, était en même temps qu'une œuvre d'érudition un livre d'enseignement. Nous lui prédisions donc le plus grand succès, heureux de voir publier en France le premier traité complet de gynécologie moderne. Les faits ont montré la justesse de nos prévisions. Le traité de gynécologie de M. Pozzi, traduit presque immédiatement en allemand, en anglais, en espagnol et en italien, a été rapidement épuisé. Dès aujourd'hui, M. Pozzi nous en donne un seconde édition revue, corrigée et complétée. Nous citerons, parmi les

choses nouvelles, l'anatomie pathologique de l'ovarite, le traitement des fistules recto-vaginales, la description de divers procédés d'hystéropexie, l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, des statistiques récentes sur diverses opérations, etc. H. H.

Annual of the universal medical sciences, par CHARLES E. SAJOUS. Philadelphia, 1892.

L'*Annual of the universal medical sciences* vient de publier sa cinquième série de volumes. Conçu dans le même esprit que les années précédentes, il nous donne groupées et rapprochées en des sortes de revues les analyses des travaux médicaux publiés pendant l'année 1891. Cinq volumes, luxueusement édités, illustrés de nombreuses gravures dont quelques-unes en couleur, permettent au lecteur de se rendre compte du mouvement scientifique en même temps qu'elles lui donnent l'indication bibliographique des travaux qu'il désirerait plus spécialement consulter.

VARIÉTÉS

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Bruxelles, septembre 1892.

Le premier congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à Bruxelles sous la présidence du professeur Kufferath.

Ce congrès dont les présidents d'honneur sont, pour la France, MM. Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfelt, Herrgott, Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions.

Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès.

Mardi 13 septembre, 9 heures du soir : raout-concert offert à MM. les membres du Congrès par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 septembre, 2 heures du soir : séance d'ouverture du Congrès ; ouverture de l'Exposition.

Cette exposition comprend : 1° l'exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique aux palais des Académies ; 2° une exposition parti-

culière comprenant les collections d'instruments, pièces anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles. 7 heures du soir : Fête.

Jeudi 15 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; expositions. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications diverses ; 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 1re question à l'ordre du jour :

Des suppurations pelviennes. 9 heures du soir. Réception des membres du Congrès par M. le Ministre des Travaux publics en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; expositions. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Discussion de la 2e question à l'ordre du jour : Des grossesses extra utérines. 7 heures du soir. Représentation de gala à l'Opéra.

Samedi 17 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; exposition. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications et démonstrations. 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 3e question à l'ordre du jour : Du placenta prævia. 4 heures du soir. Séance de clôture. 7 heures du soir. Banquet offert aux Membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

Dimanche 18 septembre. Excursions diverses.

Les communications et démonstrations doivent autant que possible être annoncées avant le 1er août 1892.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58 rue de la Boëtie, à Paris, ou au secrétariat général à Bruxelles.

Nous recevons le premier numéro d'une nouvelle Revue de chirurgie française ; les *Archives provinciales de chirurgie*, paraissant tous les mois à Paris. Fondée par un certain nombre de jeunes chirurgiens de province, cette revue a pour rédacteur en chef notre confrère, M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*. C'est une véritable tentative de décentralisation chirurgicale, qui s'explique par les progrès croissants de la chirurgie moderne.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

TROIS CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

Par le Dr de Ott, professeur à l'Institut clinique de Saint-Pétersbourg.

Il y a quelques années, j'ai publié un cas d'opération césarienne (1) chez une femme ayant un fibro-myôme de l'utérus; la tumeur remplissait presque totalement le petit bassin, ce qui empêchait absolument l'accouchement par les voies naturelles. Dans ces derniers temps, j'ai eu dans ma pratique un cas analogue où j'ai dû recourir aussi à l'opération césarienne comme moyen unique de terminer la parturition. Voici l'histoire de ce cas in extenso.

Ch. L..., femme d'un médecin, âgée de 30 ans, fut réglée à 12 ans et vit, jusqu'à l'âge de 17, revenir ses époques régulièrement. Mais plus tard le flux menstruel devint plus abondant et elle ressentit des douleurs dans les cuisses et les lombes. A vingt et un ans, on a constaté chez la malade, la présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus, et on a institué un traitement approprié, des injections hypodermiques d'ergotine, etc. Cependant, l'écoulement menstruel continuait à être très abondant, et sa durée était de 7 à 8 jours, bien que les époques fussent généralement en retard de 4 à 5 jours. Dans les derniers temps les pertes sanguines, tout en étant très fortes, ne duraient pas au delà de 3, 4 jours, surtout si

(1) Le journal *Wratsch* (en russe), 1888, n° 52.

la malade gardait un repos parfait. La malade ne s'est jamais plainte de douleurs. Elle s'est mariée à l'âge de 24 ans, et resta stérile pendant les six premières années du mariage. Dans le courant de la septième année, les menstrues qui revenaient jusqu'alors à des intervalles très réguliers n'apparurent point (pour la dernière fois elles eurent lieu du 10 au 13 mai 1889); en même temps se manifestèrent d'autres symptômes de grossesse, et la malade fut particulièrement incommodée par des vomissements graves qui durèrent jusqu'au 4e mois. Je fus appelé chez la malade au moment où commencèrent les premières contractions du travail. Voici ce que je constatai : Mme L... est de taille moyenne, bien constituée, bien nourrie, le pannicule graisseux est assez développé. A l'inspection extérieure de l'abdomen, du côté droit de l'utérus gravide, dans la région hypogastrique et partiellement dans la région abdominale moyenne, on constate la présence d'une masse distincte beaucoup plus compacte que l'utérus avec lequel elle se confond sans délimitation bien marquée. Il est impossible de déterminer sa limite à l'inspection extérieure, vu que cette masse se prolonge dans la cavité du petit bassin; elle n'est que très peu mobile. L'utérus présente tous les symptômes d'une grossesse arrivée au terme normal de son évolution; on perçoit très bien les battements du cœur et les mouvements du fœtus. La position du fœtus est longitudinale avec présentation de la tête. Au toucher vaginal on trouve le col de l'utérus un peu raccourci et ne permettant pas l'entrée du doigt; le col est dévié à gauche et très difficilement accessible à cause de sa position élevée dans le bassin. En même temps que le col, occupant presque en totalité l'entrée du petit bassin, on parvient à percevoir le segment inférieur de la tumeur fibreuse ci-dessus mentionnée. Cette tumeur a la grosseur de deux poings, elle est compacte, peu mobile à cause de son adhérence intime aux parties environnantes. Comme elle occupait à peu près complètement l'entrée et la cavité du petit bassin, en faisant dévier l'utérus du côté opposé, elle empêchait non seulement la tête de s'engager, mais en rétrécissant le canal de la parturition rendait impossible l'accouchement d'un fœtus vivant, en excluant aussi l'idée de la délivrance par le procédé de l'embryotomie.

J'ai essayé à plusieurs reprises de soulever la tumeur pour frayer le passage au produit de la conception, mais chaque fois mes efforts ont échoué à cause de l'union intime de la tumeur avec les

parties environnantes. Par conséquent, l'opération césarienne était *absolument indiquée*. Je m'assurai par l'inspection de l'état parfaitement sain du cœur et des autres viscères de la malade.

Pendant toute la journée du 4 mars et au début de la journée suivante les douleurs étaient si peu intenses et revenaient à de si longs intervalles qu'il était impossible de se prononcer pour le commencement de l'accouchement. Mais elles s'accentuèrent vers la fin de la journée et commencèrent à revenir à des intervalles réguliers; dans la nuit du 6, je procédai donc à l'opération, à domicile chez la malade. Après les préparations préalables, la malade chloroformée, le vagin soigneusement lavé par un désinfectant et bouché au moyen d'un tampon à l'iodoforme, il n'y avait pas de changements appréciables dans l'orifice du col, ni dans la position du fœtus. Suivant le plan de l'opération il a été décidé de profiter de l'ouverture de la cavité abdominale pour enlever s'il y a moyen la tumeur, afin de conserver à la malade la faculté de la délivrance normale à l'avenir. Au cas où cette combinaison échouerait il a été décidé de procéder à la castration afin d'arrêter le développement de la tumeur fibreuse et de préserver la malade contre les mauvaises chances d'une nouvelle grossesse.

Comme j'avais à craindre dans mon cas une contraction peu énergique de l'utérus pendant la période qui suivrait l'opération je résolus de placer à demeure dans la cavité utérine, avant l'application des sutures, un tampon à l'iodoforme plié en zigzag et de la grosseur d'un œuf de poule; le long bout de ce tampon devait passer dans le vagin pour en faciliter l'extraction en cas d'urgence. Je comptais essayer ce tamponnement préservatif dans l'opération césarienne que j'ai pratiquée en 1889, mais comme dans ce cas la contraction de l'utérus se fit spontanément, la nécessité du tamponnement fut éludée.

Toutes les précautions antiseptiques étant bien prises et sitôt la cavité abdominale ouverte, je procédai à l'extirpation des ovaires, vu que l'examen de la tumeur et de ses rapports avec les parties environnantes, à cause de son développement intraligamentaire, rendait son énucléation douteuse et dans tous les cas extrêmement dangereuse. Une fois les ovaires enlevés, l'utérus fut amené au dehors et entouré d'une bande en caoutchouc, retenue par l'ins-

trument de Pozzi ; la cavité utérine fut ouverte par une incision qui en intéressait la face antérieure et même le fond. Il me fut impossible d'agrandir l'incision par en bas à cause de la tumeur. Bien que l'incision ait été pratiquée au-devant du placenta, on a pu extraire sans trop de peine l'enfant et le placenta avec ses annexes. A l'inspection de la cavité utérine on a pu voir très distinctement la boursouflure de sa paroi antérieure produite par la position correspondante de la tumeur qui se réunissait à l'utérus principalement dans sa portion sus-vaginale. Avant la suture de la plaie, le tampon ci-dessus mentionné fut introduit dans la cavité utérine et le bout de ce tampon ramené dans le vagin au moyen d'une pince à crochets ; avec une autre pince on le fit ressortir au dehors. Puis on s'appliqua à réunir la plaie de l'utérus par une série de sutures en fil de soie profondes et superficielles n'intéressant pas la caduque. En même temps la malade reçut deux injections hypodermiques par la seringue de Pravaz de la solution aqueuse au dixième de l'extrait d'ergot de seigle. L'incision de la paroi abdominale fut suturée par le procédé ordinaire.

Malgré le tamponnement de l'utérus et l'emploi de l'ergotine, sitôt que la ligature élastique fut retirée après la fermeture de la cavité utérine par les sutures, il se déclara une assez forte hémorrhagie que n'avait pu prévenir un massage énergique de l'utérus, exercé après la réunion de la plaie abdominale. L'hémorrhagie ne cédant pas même à l'injection hypodermique réitérée de l'ergotine, j'enlevai le tampon en en tirant doucement le bout et je fis à de petits intervalles deux injections vaginales à l'eau chaude. L'hémorrhagie avait cessé presque complètement. On appliqua à la malade un bandage compressif et on la transporta au lit préalablement réchauffé. L'enfant qu'on venait d'extraire était une fillette bien saine, très robuste et bien développée.

Il n'y eut pas de mouvement fébrile les premiers 9 jours qui suivirent l'opération ; le durcissement des seins fut insignifiant ; puis les quinze jours suivants la température se tint constamment un peu au-dessus de la normale. Le pouls tout en restant plein marquait les premiers 3-4 jours 130 et même un plus grand nombre de pulsations à la minute ; à partir du quatrième jour le pouls devint plus lent et bientôt rentra dans l'ordre normal. L'état subjectif de la malade resta en général très satisfaisant bien que dans

les premiers jours qui suivirent l'opération elle ait souffert d'une gastrite caractérisée par le pyrosis et les éructations. Il faut aussi noter l'œdème de la jambe droite accompagné d'une faible douleur lorsqu'on exerçait une pression sur les gros vaisseaux. La présomption d'une phlébite au début ne se confirma pas et très probablement cet œdème était dû à la compression exercée par la tumeur fibreuse.

On changea le pansement au 9e jour; il y eut un écartement de la plaie à l'angle inférieur, mais sur une très petite étendue, et la cicatrisation s'opéra par seconde intention. L'examen de la malade *per vaginam* avait démontré l'absence de tout état morbide dans la région sexuelle.

L'examen de la malade, 7 mois plus tard, démontra que la tumeur avait très peu diminué. Les muscles droits s'écartent un peu dans la région ombilicale. La sensibilité est tout à fait satisfaisante, surtout depuis la dernière perte de sang (menstrues ?). Les douleurs dans la jambe gauche dont la malade se plaignait pendant la grossesse ne cessent de l'incommoder. L'enfant va bien.

Un point est surtout intéressant dans le cas que je viens de décrire, c'est le tamponnement préventif de l'utérus. Dührssen fut le premier à appliquer ce moyen dans les hémorrhagies de l'utérus par atonie de cet organe après l'accouchement. Le moyen Dührssen, comme toute méthode nouvelle, demande à être expérimenté et étudié afin de rendre plus compréhensibles les conditions dans lesquelles il est indiqué. Il est vrai que Dührssen appliquait son tamponnement lorsque l'hémorrhagie existait déjà, tandis que le mien devait jouer le rôle de préservatif contre l'hémorrhagie même; néanmoins le principe reste le même. Si les conditions du tamponnement dans l'opération césarienne diffèrent du tamponnement ordinaire (car l'atonie consécutive de l'utérus est favorisée par l'ouverture de la cavité abdominale, par l'application de la ligature élastique amenant l'ischémie de l'utérus, par la narcose, etc.), cependant le tamponnement peut-être appliqué plus complètement dans ce cas que lorsqu'on l'exécute par le vagin. Dans le cas que je viens de décrire la contraction de l'utérus pouvait être influencée par la présence du corps fibreux, ce qui est un

fait exceptionnel ; je me garderai donc de toutes conclusions, en constatant seulement que le tamponnement de l'utérus ne m'a pas réussi après l'accouchement. Cependant l'hémorrhagie que j'ai observée dans ce cas était sans aucun doute le résultat de l'atonie de l'utérus, vu que la plaie de la paroi sectionnée était solidement contenue par des sutures soigneusement appliquées. Les lèvres de la solution de continuité sont parfaitement rapprochées et maintenues en contact, ce qui rend inutile la suture beaucoup plus compliquée de Sänger (Sero-seröse naht).

A mon avis, pour obvier aux hémorrhagies produites par l'atonie de l'utérus dans l'opération césarienne, il serait peut-être plus avantageux de recourir à un procédé chirurgical généralement employé dans les hémorrhagies, c'est-à-dire à l'oblitération immédiate de la lumière des vaisseaux qui saignent, en les piquant par exemple. Ce procédé pourrait rendre un véritable service ; comme le sang s'écoule de la portion de l'utérus où était fixé le placenta, il faut diriger nos efforts de ce côté pour effectuer l'oblitération de la lumière des vaisseaux ouverts au moment de la séparation du placenta. A cet effet l'application d'une suture continue au catgut sur toute la portion d'où le sang s'écoule me paraît le moyen le plus rationnel. L'étendue de la partie où s'attachait le placenta, après la contraction de l'utérus vidé, diminue à tel point qu'on peut aisément piquer toute cette portion où reposait le placenta de 2 à 3 rangs parallèles de sutures continues. Dans l'accouchement par les voies naturelles ce procédé présenterait des difficultés énormes ; son application ne devient possible que dans le cas d'inversion de l'utérus ; tandis que dans l'opération césarienne la cavité utérine est facilement accessible et l'application des sutures ne saurait présenter une difficulté quelconque. Dans ces cas où il est difficile de compter sur la contraction spontanée de la paroi utérine au point d'insertion du placenta, par exemple s'il existe en dessous de cette portion de l'utérus une tumeur fibreuse qui exclut toute possibilité de la contraction spontanée de la lumière des vaisseaux, le pro-

cédé ci-dessus mentionné serait peut-être le meilleur.

Tout en recommandant cette méthode, je suis le premier à reconnaître que la pratique seule pourrait résoudre la question de son utilité réelle.

Dans mon second cas l'opération césarienne a été indiquée par l'étroitesse extrême du bassin.

Marie W..., 28 ans, native du gouvernement de St-Pétersbourg, a été rachitique dans l'enfance. Fut réglée à 17 ans; le flux menstruel revenait toutes les 3-4 semaines et durait 6 jours. Eut ses dernières époques au mois de janvier 1888. Au moment des premières douleurs la malade s'adressa à une sage-femme du voisinage, puis se présenta à l'asile d'accouchement d'où elle fut transportée, pour subir l'opération, à l'Institut Clinique.

Marie W..., est de très petite taille (122 centim.), très mal conformée à cause des modifications morbides dans son système osseux. La colonne vertébrale présente une scoliose très prononcée unie à une cyphose dans la région de la série inférieure des vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires supérieures; la série inférieure des vertèbres lombaires conjointement avec le sacrum présente une lordose. Tout le corps est déjeté et les os iliaques ne se trouvent pas à la même hauteur : le bord supérieur de la crête de l'os iliaque d'un côté est de 4,5 centim. plus élevé que celui de l'autre ; en même temps l'os sacrum présente dans sa partie supérieure une forte dépression en avant, ce qui permet à vue d'œil de supposer le rétrécissement de la dimension antéro-postérieure du bassin. L'extrémité inférieure du sacrum est fortement déjetée en arrière. Les deux moitiés de la cage thoracique sont inégales : celle du côté droit est beaucoup plus développée que celle du côté gauche. Les côtes touchent presque les os iliaques. Le sternum est fortement déjeté en avant. Les extrémités supérieures sont disproportionnellement longues; les extrémités inférieures sont recourbées, surtout dans les os des jambes, les fémurs présentent aussi une courbure en arc en avant. Les trochanters ne se trouvent pas à la même hauteur : celui du côté droit est plus élevé que celui du côté gauche. Les dimensions du bassin ayant une position oblique sont les suivantes :

Distance des crêtes................	21,5 centimètres.
» des ép. antéro-sup........	23,5 »

Distance des trochanters...........	25,5	centimètres.
Hauteur de la symphyse pubienne..	4,5	»
Diamètre antéro-postérieur........	14,5	»
Conjugué diagon.................	5,5	»
» vrai....................	4,3	»

L'exploration de la cavité pelvienne a démontré sa plus grande capacité dans la moitié gauche par rapport à la moitié droite. A l'examen vaginal on perçoit la dilatation complète de l'orifice du col; il y a présentation de la tête qu'on peut facilement soulever en haut; la poche des eaux s'est vidée la veille au soir. Les mouvements et les battements du cœur du fœtus sont très bien perçus. La plus grande circonférence du ventre est de 81 centim., la hauteur du fond de l'utérus est de 36 centim.; la distance du pubis à l'ombilic est de 18, la distance du pubis à l'appendice xiphoïde est de 41 centim. La paroi abdominale flasque est extrêmement amincie. Les organes intérieurs paraissent sains.

Ce bassin vicié, dévié, rachitique ne laissait pas d'autre expédient pour terminer l'accouchement que l'opération césarienne (indication absolue). Je pratiquai donc cette opération le 20 octobre 1889 en présence de mes élèves. L'incision de la paroi abdominale, à cause de la forme particulière du ventre, a été faite en grande partie entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Une fois l'utérus amené au dehors de la cavité abdominale, on s'est empressé de réunir momentanément les bords de la plaie abdominale par des sutures afin d'empêcher l'issue de l'intestin. L'utérus fut serré par la ligature élastique et incisé à sa face antérieure; en même temps le placenta qui adhérait à cet endroit fut intéressé. Après l'extraction d'un enfant vivant, la muqueuse a été raclée avec un scalpel sur toute la surface ds l'utérus et la cavité utérine essuyée avec de l'ouate au sublimé, puis saupoudrée avec de l'iodoforme. Comme la contraction de l'utérus s'effectua spontanément, le tamponnement préventif était inutile, je procédai donc à l'application des sutures d'après la méthode du cas précédent. Une fois la cavité abdominale fermée et le bandage appliqué, la malade fut transportée au lit. Garçon bien à terme, sain, pesant 2500 grammes.

La marche des phénomènes consécutifs à l'opération fut tout à fait satisfaisante. Dès le jour suivant le pouls était revenu à son état normal; la température ne s'est élevée qu'une seule fois (au 7e jour) a 38°,3 C. Les sutures furent enlevées le 11e jour.

L'incision s'était cicatrisée dans toute son étendue par première intention. Le durcissement des seins ne fut accompagné d'aucun désordre. Après trois semaines et quelques jours la malade se trouvait en état de sortir de l'Institut clinique. Son enfant fut placé aux Enfants-Trouvés où il mourut deux mois plus tard.

J'ai eu l'occasion de voir la malade 11 mois plus tard; elle m'a dit que ses règles étaient plus abondantes. A l'examen vaginal je n'ai rien trouvé d'anormal.

Le troisième cas d'opération césarienne que j'ai pratiquée avait pour sujet une primipare, chez laquelle les dimensions du bassin étaient les suivantes :

Distance des crêtes	25,0	centim.
— des épines antéro-supérieures.	23,0	—
— des trochanters	30,0	—
Diamètre antéro-postérieur	17,5	—
Conjugué diagon	8,0	—
— vrai	6,5	—
Hauteur de la symphyse pubienne	4,0	—

M. N..., âgée de 23 ans, native du gouvernement d'Olonetz. Bien constituée et bien nourrie. Facies œdémateux; paupières inférieures bouffies. Jambes tuméfiées.

Fut réglée à 18 ans et depuis les époques revenaient très régulièrement toutes les 3 semaines et duraient 7 jours; pour la dernière fois elle les a eues le 15 mai 1888. Les douleurs commencèrent le 10 février 1889 ; le matin du 11, au dire de la sage-femme qui avait amené la malade à l'Asile d'accouchements, l'orifice du col permettait l'entrée de deux doigts ; le soir du même jour la poche des eaux s'était vidée. A l'examen de la malade (matin du 12 février), je constatai que la tête, qui se présentait la première, n'était pas enclavée dans l'entrée du bassin, malgré les contractions énergiques de l'utérus ; les bords de l'orifice du col sont extrêmement dilatables et flasques. Le promontoire et les autres parois du bassin étaient très accessibles au toucher ce qui s'explique par le rétrécissement de toute la cavité pelvienne ; il s'écoule du vagin un peu de sang mélangé de petits débris de tissus. La plus grande circonférence du ventre est de 95 centim.; la hauteur du fond de l'utérus est de 35, la distance du pubis à l'ombilic est de 10 et celle du pubis à l'appendice xiphoïde de 39 centim. Le ventre est flasque dans une certaine mesure. L'introduction du

cathéter est extrêmement laborieuse à cause de la forte pression sur la vessie exercée par la tête. L'urine est trouble, mélangée de sang; elle contient de l'albumine. La malade est en pleine connaissance. Les battements du cœur du fœtus sont perçus très distinctement. Comme le bassin de cette primipare présentait un rétrécissement général il était de toute évidence que la terminaison naturelle de l'accouchement (qui durait déjà depuis à peu près 48 heures) était impossible. Il n'y avait donc que la ressource d'une opération; le choix se posait entre la perforation de la tête d'un enfant vivant et l'embryotomie consécutive et l'opération césarienne. Dans le premier cas, en dehors du danger pour la mère, à cause des difficultés techniques inévitables, la vie de l'enfant était fatalement sacrifiée. Nous avons donné la préférence à l'opération césarienne quoique plus dangereuse pour la mère à cause de l'affection des reins qui existait déjà et qui pouvait devenir mortelle; cela nous imposait le devoir de sauver l'enfant. Ayant bien pesé toutes ces considérations et m'étant prononcé pour l'opération césarienne, à laquelle la malade avait donné son consentement, je fis l'opération par le procédé de Porro. L'amputation de l'utérus dans notre cas était indiquée à cause des modifications de ses parois produites par la pression prolongée de la tête du fœtus, ce qui pouvait donner lieu consécutivement à des processus de septicémie. De plus, en amputant l'utérus nous préservions la malade de la possibilité d'une grossesse nouvelle. Cette opération ne présenta pas de complications. Le moignon fermé par des sutures étagées fut replacé dans la cavité abdominale. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après l'opération. Un garçon à terme fut extrait en l'état d'asphyxie légère; il fut vite ramené à la vie. Son poids était de 3500 grammes. Sa longueur 49 centimètres.

Dès le premier jour après l'opération l'état de la malade donna lieu à de sérieuses appréhensions, Elle n'urinait presque pas; l'introduction du cathéter ne donnait que quelques rares gouttes que la chaleur coagulait en un caillot compact à cause de la présence dans l'urine d'une forte quantité d'albumine. Le facies de la malade devint encore plus bouffi. L'œdème des extrémités s'accentua et le jour suivant la malade tomba dans le coma, accompagné de convulsions cloniques. Cet état alla en empirant, la malade ne reprit pas connaissance jusqu'à la mort qui eut lieu 2 jours et demi après l'opération. La température pendant tout ce temps resta normale; le pouls devint plus fréquent (de 120 à 140 pulsations) le

dernier jour seulement. La quantité totale de l'urine obtenue pendant les jours qui suivirent l'opération ne dépassa pas trois cuillères à thé. L'issue mortelle dans ce cas fut le résultat d'une néphrite parenchymateuse aiguë; ce diagnostic fut aussi confirmé à l'autopsie, faite par M. le professeur Afanassieff. Tous les autres organes étaient sains. La plaie abdominale avait eu le temps de s'agglutiner solidement. Le moignon utérin se présenta réuni par première intention; le péritoine dans toute son étendue ne présentait rien de pathologique. Les dimensions du squelette pelvien confirmèrent les mensurations prises pendant la vie.

Ce dernier cas présente un intérêt tout particulier, car, malgré la délivrance hâtive de l'utérus, l'éclampsie n'en fut pas moins fatale et la malade succomba à l'urémie. Par conséquent notre cas dément les résultats favorables présentés par M. Halbertsma dans son rapport au X[e] congrès international « sur l'opération césarienne dans l'éclampsie ». Néanmoins il est de toute évidence que dans notre cas toute autre façon d'agir aurait été condamnable. Sans l'opération césarienne l'enfant était sacrifié et la mère n'y gagnait rien, car elle devait succomber à sa néphrite. Donc, des deux maux nous avons choisi le moindre et nous avons sauvé la vie de l'enfant.

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Fin) (1)

Par le Professeur **A. Pinard.**

OBS. X. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Rupture du sac. Fœtus à nu dans la cavité abdominale. Laparotomie trois mois après la mort du fœtus,* par MM. PINARD et SEGOND. *Guérison.*

Femme âgée de 38 ans, multipare, entrée à la Clinique Baudelocque, le 15 janvier 1891.

Cette femme a eu deux accouchements spontanés et à terme, le

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1892, juillet, p. 1, et août, p. 99.

dernier, il y a huit ans. Les suites de couches ont été normales et la menstruation a, depuis cette époque, toujours été régulière jusqu'au mois de mars 1890.

A la fin du mois de mars, elle éprouve des douleurs dans le bas ventre, douleurs persistant pendant le mois d'avril, mais ne l'empêchant pas toutefois de vaquer à ses occupations. Le 15 mai, brusquement, à deux heures de l'après-midi, elle est prise d'une douleur violente qui lui arrache des cris et la rend incapable de tout mouvement. Elle ne perd pas cependant connaissance. Cinq ou six de ces accès se reproduisirent, dit-elle, dans le mois de mai. On crut alors à une péritonite causée par une tumeur et elle entra dans un service de chirurgie où le chef de service ne voulut pas pratiquer la laparotomie, en raison du mauvais état général de cette femme.

Rentrée chez elle, son état s'améliora et le 25 août, elle perçut nettement les mouvements de son enfant, ce qui l'étonna beaucoup, car jusque-là, ni les médecins qui l'avaient examinée, ni elle-même n'avaient pensé à une grossesse.

Quoiqu'elle fût obligée de garder le lit, son état général se modifia heureusement pendant les mois de septembre et d'octobre. Le 15 octobre, elle perçut les mouvements de son enfant pour la dernière fois, et aussitôt les phénomènes douloureux et réactionnels disparurent et cette femme put alors quitter le lit et vivre de la vie ordinaire. Il n'y eut pas de faux travail, pas de montée laiteuse, pas d'hémorrhagie.

Le 25 janvier, cette femme vint à notre consultation afin de savoir quand elle accoucherait, et si on ne devait pas lui enlever la tumeur dont on lui avait parlé, avant ou après son accouchement. Le Dr Potocki, chef de clinique, qui l'examina tout d'abord, n'hésita pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine et le professeur Pinard confirma ce diagnostic le lendemain. En effet, le ventre de cette femme était développé comme il l'est généralement à 6 mois de grossesse, mais il présentait un aspect irrégulier. La palpation permettait de reconnaître une tumeur très mobile, placée en diagonale de haut en bas, et de gauche à droite. De plus, on percevait en un point de cette tumeur une crépitation osseuse manifeste. Une autre tumeur placée sur la ligne médiane et s'élevant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse était immobile. L'auscultation était négative.

Le toucher fit rencontrer le col en avant, derrière la symphyse, et

en combinant le toucher au palper, il fut facile de reconnaître que la tumeur inférieure et médiane était constituée par l'utérus. Le cathétérisme de cet organe montra qu'il était vide et mesurait 9 centim. 5.

Si le diagnostic de grossesse extra-utérine était relativement facile, un fait, cependant, préoccupait le Dr Pinard, c'était la mobilité de la tumeur supérieure, circonstance qui ne se rencontre guère dans le cas de kyste fœtal. Aussi se proposa-t-il d'explorer la cavité abdominale avant de suturer le kyste, en pratiquant la laparotomie.

Pendant qu'on aseptisait cette femme, elle eut ses règles qui commencèrent le 23 janvier, c'est-à-dire trois mois après la mort de l'enfant. Ces règles durèrent trois jours et déterminèrent pendant ce temps un état fébrile, la température monta à 38°,8.

Pour ces raisons, cette femme ne fut opérée que le 4 février avec l'assistance du Dr Segond. M. Pinard pratiqua une incision sur la ligne médiane et allant de l'ombilic à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse car la vessie remontait assez haut. Le péritoine était extrêmement épaissi et vasculaire. Dès que ce dernier fut incisé, la tête du fœtus apparut libre au milieu des anses intestinales. La main introduite permet de constater que le fœtus est libre et à nu dans la cavité abdominale et qu'il n'y a d'adhérences qu'avec des tractus membraneux qui vont se perdre dans l'excavation. Ces tractus s'insèrent sur la tête, la jambe et le pied gauches. On procède avec lenteur à l'extraction en détruisant facilement les adhérences sans produire aucune hémorrhagie.

Le fœtus pesant 580 gr. n'était plus relié au placenta par le cordon. Ce dernier avait disparu.

La main réintroduite alla à la recherche soit du kyste fœtal soit du placenta, mais ne rencontra qu'une masse considérable remplissant toute la partie gauche de l'excavation. Cette masse placentaire pesant 450 gr. fut enlevée avec la main sans produire d'hémorrhagie.

Quelques ligatures furent appliquées sur de minces pédicules membraneux ; la cavité pelvienne fut nettoyée avec des éponges. De la gaze iodoformée fut introduite jusqu'au fond du bassin, la plaie abdominale fut suturée dans ses 2/3 supérieurs et un pansement compressif fut appliqué. L'opération dura 40 minutes. Les suites opératoires furent des plus simples. Un seul jour, le troi-

sième, la température atteignit 38°. La gaze iodoformée fut retirée le 11 février c'est-à-dire le 6e jour après l'opération et remplacée par un petit tube à drainage et le 28 février, 24 jours après l'opération, la cicatrisation était complète et la femme se levait.

Le 14 mars, jour de son départ, on constatait qu'il n'y avait plus trace d'induration dans le petit bassin.

REMARQUES. — Cette observation est extrêmement intéressante puisqu'elle montre que le kyste fœtal peut se rompre sans déterminer ni hémorrhagie ni péritonite.

Elle prouve aussi la tolérance de l'intestin en rapport avec un liquide amniotique normal et un fœtus simplement macéré. L'action absorbante des cellules du péritoine est ici manifeste puisque les parois du kyste avaient presque disparu ainsi que le cordon ombilical.

Il faut encore remarquer la facilité et l'innocuité de l'extraction immédiate du placenta qui ne fut suivie d'aucune hémorrhagie.

C'est sur les instances de mon excellent ami et collègue le Dr Segond que fut décidée cette extraction immédiate qui n'était pas sans m'effrayer quelque peu. Ce n'est pas, du reste, la seule fois que j'aie eu à me louer de sa précieuse collaboration.

OBS. XI. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7e mois. — Laparotomie. — Guérison.*

Cl..., âgée de 28 ans, primipare, mariée depuis deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Ne sait à quel âge elle a marché. Pas d'antécédents pathologiques.

Elle a été réglée à onze ans ; depuis cette époque, elle a été régulièrement réglée (quatre ou cinq jours) mais avec douleurs le premier jour pendant deux ou trois heures.

Ses dernières règles ont, dit-elle, eu lieu du 16 au 20 août 1891 ; mais les dernières règles sont probablement du 25 ou 26 juin car il n'y a pas eu de menstruation au mois de juillet. Au mois de juillet, en présence de ce retard, elle se croit enceinte bien qu'elle n'éprouve

aucun phénomène sympathique. Pas de douleurs pelviennes ni de compression.

A l'époque où les règles ont manqué (26 juillet) la malade a assisté à l'accident de St-Mandé.

Les dernières règles (?) du 10 au 20 août se sont montrées comme d'habitude, même quantité, même coloration, même durée. Le 22 août l'écoulement de sang ayant complètement cessé, vers 6 h. du soir, Cl... a ressenti des douleurs dans la région lombaire, douleurs qui ont irradié bientôt dans l'abdomen en descendant vers le petit bassin et qui ont nécessité immédiatement le repos au lit. Ces douleurs allaient en augmentant d'intensité et elles revêtaient la forme de brûlures avec sensation de constriction. La palpation du ventre était extrêmement pénible. Vers 9 h. du soir, il se produisit une rémission notable. Le lendemain, nouvelle crise, exigeant encore le repos au lit, moins forte que celle de la veille, et ne durant que deux heures. En dehors des crises, simple courbature, pas de phénomènes pathologiques.

Le 27 août, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, nouvelle crise compliquée d'une lipothymie assez prolongée (1/2 heure). Un médecin appelé ordonna une piqûre de morphine. Vomissements muqueux. Cl..., fut obligée de garder le lit pendant une quinzaine de jours, à cause de la fatigue qu'elle éprouvait, (lassitude, faiblesse générale, brisure de jambes). Elle peut ensuite, reprendre son travail et se porte bien jusqu'au 7 octobre.

De temps en temps, cependant, elle éprouvait des élancements dans la région hypogastrique, surtout à gauche, et elle avait à ce niveau une sensation de pesanteur continuelle. La défécation était très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents. Il n'existait pas de troubles digestifs et l'appétit était satisfaisant.

Le 7 octobre, crise douloureuse beaucoup moins violente que les précédentes, mais persistant le lendemain et le surlendemain. Piqûre de morphine. Cl... fut obligée de garder le lit, et le 12 octobre, elle eut une autre attaque très vive avec tendance à la syncope. Les jours suivants, sensation de serrement dans l'abdomen.

Au commencement de novembre, elle a ressenti une douleur plus vive, et elle a commencé à perdre du sang en petite quantité et ayant la même coloration que le sang menstruel. Pas de caillots. Le médecin parlait de fausse couche.

Vers le 10, elle expulsa sans effort et sans augmentation de l'hémorrhagie « des débris de membranes en petite quantité ». Le médecin prescrivit un bain. Il appela en consultation un confrère qui conseilla « de ne pas pratiquer l'avortement par crainte de complications péritonitiques ». Ils ont discuté la grossesse extra-utérine et paraissent avoir pensé plutôt à la rétroversion de l'utérus gravide. Repos absolu. Injections antiseptiques très chaudes.

Vers le milieu de décembre, les phénomènes douloureux ont disparu. La malade se levait de son lit, mais ne pouvait marcher que très peu et se fatiguait très facilement. Elle perdait continuellement un liquide de couleur rousse, d'abondance variable. Aucune douleur.

Cependant, son ventre avait augmenté de volume, surtout aux dépens de la portion latérale gauche. Dans le décubitus latéral gauche, il tombait tout de ce côté où il existait une tumeur arrondie, régulière, s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. L'amaigrissement n'était pas très prononcé, mais la faiblesse toujours grande.

Mêmes symptômes pendant les mois de janvier et février 1892. A partir du 22 février, elle a perdu pendant 4 ou 5 jours du sang rouge sans caillots.

Pas de douleurs. Depuis cette époque, aucun phénomène douloureux, aucune perte de sang.

La malade a senti remuer pendant trois semaines dans le courant de février ; l'enfant a cessé de remuer quelques jours après la cessation de l'hémorrhagie de février ; le ventre est alors tombé rapidement ainsi que les seins. Il ne semble pas qu'il y ait eu de fluxion mammaire après la mort du fœtus. Ne souffre plus depuis janvier.

Le 20 mars, dans la nuit, commence à perdre du sang en petite quantité.

A son entrée dans le service, le 20 mars, on trouve cette femme bien conformée; elle ne présente pas d'œdème des jambes, mais simplement quelques varicosités. La pression des seins fait sourdre quelques gouttes de colostrum; légère pigmentation de l'aréole; ligne brune du ventre assez marquée; ventre irrégulièrement développé, saillant, surtout du côté gauche. Au-dessous de l'ombilic, plaques pigmentées à gauche et à droite, traces de vésicatoires appliqués le 27 août. Vergetures marquées à la partie

supérieure et externe des cuisses. Les parois abdominales sont minces, se déplacent aisément dans tous les points. Matité remontant sur la ligne médiane à un travers de main au-dessus de la symphyse pubienne, dépassant à droite la ligne médiane de deux travers de doigt, et à gauche d'un travers de main ; le bord supérieur de cette tumeur remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Nulle part on ne perçoit de crépitation péritonitique. Palper douloureux, surtout à gauche. La tumeur donne la sensation d'un kyste bien tendu dans lequel il est impossible de percevoir le moindre ballottement. Cette tumeur n'a aucune mobilité ; elle a l'apparence d'un utérus gravide de quatre mois en latéroversion gauche. Pas de coloration particulière des organes génitaux externes, vaginisme. Par le toucher et le palper combinés, on sent à la partie inférieure droite de la grosse tumeur que nous venons de décrire, une sorte d'annexe qui est le corps de l'utérus hypertrophié, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis droit et paraissant faire corps avec la tumeur.

Le cul-de-sac latéral gauche postérieur est occupé par le pôle inférieur de la tumeur.

Plusieurs jours avant l'opération, on donne à la malade du naphtol et du cascara, un purgatif et un grand bain.

Opération, le 1er avril 1892. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane ; incision du kyste fœtal ; suture à la soie des parois du kyste à la paroi abdominale. Incision du placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure du kyste et extraction d'un fœtus macéré de 290 gr.

Le placenta est laissé dans le kyste ; on nettoie le kyste avec des éponges trempées dans la solution phéniquée au 1/20 et on applique le pansement.

M. Pinard ne put faire qu'une petite incision du kyste en raison d'une anse intestinale qui passait en cravate au devant de celui-ci et qui présentait des adhérences qui ne purent être détruites. Il put cependant, en pratiquant des tractions très douces et lentes, extraire le fœtus après avoir mis un point de suture pour empêcher l'incision de s'agrandir et de léser l'anse intestinale.

10 avril. Pour la première fois depuis l'opération, c'est-à-dire 10 jours après, M. Pinard fait le pansement, les bords de la plaie sont d'un rouge vif, normal. M. Pinard enlève la gaze iodoformée qui se trouve dans le kyste et remarque que le cordon ombilical a

contracté des adhérences avec ce dernier, adhérences qu'il détruit. Il remplace la gaze iodoformée et ne fait aucune tentative pour décoller le placenta. Température normale.

Le 17. Quantité de pus assez considérable sortant du kyste, sans odeur. Nouveau pansement, température normale.

Le 18, matin. M. Pinard veut pratiquer la délivrance artificielle. Il ne parvient à extraire que 60 gr. de placenta, mais il décolle l'autre partie qui reste adhérente encore par une petite portion et laisse les choses en état.

Lavage à l'eau naphtolée. Pansement.

Le 19. M. Pinard ne peut retirer que quelques petits fragments de placenta (40 gr.). Deux pansements par jour.

Le 21. 20 gr. de placenta.

Le 24. 60 gr. —

Le 26. 30 gr. —

Le 30. 60 gr. —

Tout le placenta est extrait. On sent nettement les parois lisses du kyste. Deux pansements par jour. Le premier jet de liquide est trouble.

Sortie le 29 mai, ayant encore un petit trajet fistuleux duquel il ne sort rien.

Remarques. — Cette observation est surtout intéressante parce qu'elle montre une fois de plus (voyez obs. VI) l'existence d'anses intestinales passant en fronde sur la face antérieure du kyste fœtal.

Obs. XII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au septième mois. Rupture du kyste. Fœtus à nu dans la cavité abdominale. — Laparotomie. Guérison.*

Mme X..., âgée de 32 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire important : son père est vivant ; sa mère est morte à 68 ans, ayant eu huit enfants dont deux jumeaux.

Parmi les trois sœurs de la malade, deux n'ont pas eu de grossesse ; la troisième a eu dix enfants.

Élevée au sein par sa mère, Mme X... a marché à 18 mois et n'a fait aucune maladie grave dans l'enfance. A 23 ans elle aurait eu une « fièvre muqueuse ».

La menstruation s'est établie vers la treizième année, d'une fa-

çon régulière, sans grandes douleurs. L'écoulement sanguin dure habituellement trois jours, sans s'accompagner jamais de douleurs ni de caillots sanguins. Pas d'écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles.

Mariée à 25 ans, cette jeune femme, n'ayant pas de grossesse, alla consulter M. Pinard en novembre 1886, pour savoir quelle était la cause de cette absence de grossesse. M. Pinard lui répondit que la conception était parfaitement possible sans aucun traitement spécial.

La malade devint enceinte l'année suivante; les règles apparurent pour la dernière fois le 29 août 1887. La grossesse ne fut marquée par aucun incident, l'accouchement eut lieu à terme à la suite d'un travail qui dura 27 heures ; le fœtus se présentait par le siège complet et succomba pendant l'extraction faite avec le forceps appliqué sur le siège. L'enfant, du sexe féminin, n'a pas été pesé, mais était très gros et mesurait 56 cent. de longueur. Les suites de couches ont été bonnes ; les règles ont reparu deux mois après l'accouchement ; depuis cette époque la menstruation a été régulière, peu abondante et d'une durée de deux jours chaque mois.

La santé est restée bonne ; il n'y a guère à noter qu'un certain amaigrissement. La malade a maigri en effet de plus de 10 kilog. pendant les 3 ou 4 années qui ont suivi ce premier accouchement.

En 1891, la malade a ses règles comme à l'ordinaire le 12 mai ; elle ne perd pas de sang dans le mois de juin, ne ressent aucune douleur, mais éprouve des phénomènes sympathiques de la grossesse (nausées, vomissements, dégoût pour certains aliments et boissons, etc.). Le 13 juillet cette jeune femme ressent des douleurs dans le bas-ventre, douleurs extrêmement vives, qui ressemblent aux douleurs de l'accouchement ; ces douleurs sont survenues brusquement et avec une intensité très marquée. La sage-femme qui soigne la malade, Mme Largeot, est appelée, pense qu'il s'agit d'un avortement imminent et administre plusieurs lavements laudanisés ; ce qui n'empêche pas qu'au bout de 48 heures du sang apparaît, sang rouge, mêlé de quelques caillots ; cet écoulement, qui s'accompagne de douleurs, est bientôt suivi (le 20 juillet) de l'expulsion « d'une caduque complète sans embryon qui reproduisait à merveille le moule de la cavité utérine ». La sage-femme n'avait jamais vu, dit-elle, « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». Lorsque cette expulsion fut faite, la malade per-

dit moins de sang et put se lever le 8 août. L'écoulement sanguin fut moins abondant que dans une fausse couche ordinaire. A cette époque la sage-femme était convaincue que l'avortement avait eu lieu et qu'il n'y avait plus de grossesse.

Mme X... quitte Paris le 15 août pour se rendre au bord de la mer; à la suite du voyage en chemin de fer, elle souffre un peu du ventre et est obligée de prendre le lit en arrivant. Cependant pendant son séjour, elle peut faire quelques courses; mais après chaque excursion, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre. Elle rentre à Paris le 1er septembre, souffrant très peu du ventre; c'est seulement le 25 septembre que, continuant à ressentir quelques malaises sympathiques de la grossesse (en particulier un dégoût marqué pour le cidre), elle consulte à nouveau Mme Largeot; les règles ne sont pas venues en septembre et la malade pense qu'il s'agit d'une seconde grossesse. Mme Largeot en examinant, est surprise de trouver un gros utérus, débordant notablement la symphyse pubienne, et conclut à l'existence d'une grossesse de trois mois et demi; « et pourtant, dit-elle, j'étais sûre d'avoir eu une délivrance de deux mois le 20 juillet ». Elle émet l'idée qu'il y avait grossesse gémellaire et que l'un des deux fœtus ayant été expulsé, l'autre a continué à se développer.

La grossesse évolue normalement en apparence; la femme perçoit les mouvements actifs le 20 octobre et les a perçus d'une manière très nette jusqu'au 24 novembre. Le 20 novembre, elle perd un peu de sang et se met au lit, éprouvant d'ailleurs quelques douleurs dans le ventre. Le 25 novembre, en raison du froid, on allume un poêle Choubersky dans sa chambre; il s'éteint dans la nuit en répandant une assez mauvaise odeur; on le rallume dans la journée du 26 novembre; le soir, à 8 heures, la malade, qui était restée toute la journée dans son lit, est prise, en mangeant le potage, d'une syncope, puis de douleurs extrêmement vives dans le ventre et de vomissements intenses. Mme Largeot, appelée en toute hâte, arriva cinq minutes après le début de la crise; la malade souffrait dans le ventre et criait à tel point qu'on l'entendait du bas de l'escalier: « Déjà, il n'y avait plus de pouls, le facies était défiguré comme dans la péritonite aiguë, les yeux tournés et vitreux, les membres froids; elle criait et vomissait sans interruption et je puis dire que je n'ai jamais vu pareille crise. »

Le médecin de la famille, Le Dr J..., que l'on était allé chercher en même temps que la sage-femme, arriva peu de temps après; tous deux, jugeant la situation grave, craignant une intoxication par l'oxyde de carbone, demandèrent une consultation pour le soir même. Un accoucheur de profession examina la malade, entendit les battements du cœur fœtal et « conclut à un embarras gastrique avec constipation et conseilla de donner des lavements et de la purger plusieurs jours de suite ». Une piqûre de morphine fut faite dans la soirée par le Dr J..., qui s'assura d'abord que l'urine ne contenait pas d'albumine. C'est seulement après cette piqûre et cinq heures après le début de la crise que la malade recouvra un peu de calme, que le pouls redevint perceptible et que la malade se réchauffa. Les douleurs s'étaient un peu calmées, mais étaient surtout localisées dans la partie supérieure du ventre et du côté gauche. Irradiations douloureuses de chaque côté de la poitrine, « à huit heures du matin le pouls était à 140, la température était de 41°. Le Dr J..., croyant, en raison des douleurs vives, à une crise de colique hépatique, demanda en consultation un médecin des hôpitaux qui vint vers dix heures du matin ; après examen de la malade, il conclut à l'existence d'une colique hépatique, entendit les bruits du cœur, les compta même et émit l'idée que la grossesse était plus avancée qu'on ne le supposait; il émit un pronostic favorable au point de vue de la marche de la grossesse.

La malade continua à souffrir beaucoup pendant toute la journée du 27 ; les vomissements bilieux persistèrent pendant trois ou quatre jours. Des injections de morphine furent pratiquées tant que durèrent les phénomènes douloureux ; le pouls resta à 120 pendant plus de trois semaines et la température se maintint entre 39° et 40°. La malade n'eut de rétention d'urine que pendant quelques heures ; le cathétérisme ne fut pratiqué qu'une fois. L'intestin fonctionna toujours régulièrement. Peu à peu la température revint à la normale; le pouls resta petit et rapide jusqu'à la fin de janvier.

En décembre la femme n'éprouvait guère d'autre malaise qu'une certaine difficulté pour se mettre sur le côté gauche.

A partir du 24 décembre, la malade commença à perdre, d'une façon intermittente, par les organes génitaux un liquide couleur chocolat; cet écoulement dura jusqu'au 27 janvier. Peu à peu

l'état de la malade s'améliora; elle put se lever le 7 février et commença à reprendre son train de vie ordinaire. Pendant toute la durée du séjour au lit, aucun examen n'avait été pratiqué, parce que la femme souffrait du ventre et qu'elle perdait. Le 15 février, Mme Largeot croyant l'époque du terme proche, pratique le toucher et constate qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée.

A 6 heures du matin le 20 février, la femme, se croyant en travail, envoie chercher Mme Largeot; en arrivant, celle-ci constate que les douleurs sont précipitées, reviennent toutes les 2 ou 3 minutes, et qu'elles ont tous les caractères des douleurs de la période d'expulsion. Elle se félicite de ce que cet accouchement va durer peu de temps ; la malade poussait ; au grand étonnement de la sage-femme, en touchant elle constate que « le col est long et ne ressemble en rien à un col de grossesse à terme ». A midi les douleurs commencent à diminuer d'intensité pour cesser complètement vers six heures du soir.

Le 27 février, apparition des règles qui durent deux jours.

Convaincue qu'il y avait là un cas anormal, Mme Largeot fait appeler à nouveau le Dr J.... ; ils émettent tous deux l'hypothèse ou bien d'une grossesse utérine prolongée ou d'une grossesse ectopique et décident de m'appeler en consultation. Je vois la malade le 8 mars et, après avoir recueilli tous les commémoratifs et examiné la malade, je conclus à l'existence d'une grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Par la percussion, j'avais délimité dans toute la partie gauche de l'abdomen, une tumeur assez régulière, remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic et au niveau de laquelle je sentais des parties irrégulières ressemblant à des parties fœtales. Cette tumeur n'était pas tendue ; le palper en est d'ailleurs rendu assez difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale ; on arrive cependant à délimiter à droite de cette tumeur une autre saillie qui remonte à un travers de main au-dessus de la symphyse et qui semble être l'utérus. L'auscultation ne me permet d'entendre ni bruits du cœur fœtal, ni bruit de souffle. Au toucher le col se trouve à droite de la ligne médiane, est très peu ramolli ; l'orifice externe est perméable. Combinant le palper au toucher, je constate que l'utérus est élevé, que c'est vraisemblablement lui qui se trouve accolé à droite de la tumeur principale. Pour éclairer le diagnostic, nous prenons rendez-vous pour soumettre le lendemain matin la malade à l'anesthésie chloroformique.

L'examen pratiqué pendant l'anesthésie, me permet de bien sentir entre les doigts l'utérus, qu'il est cependant impossible de détacher nettement de la tumeur voisine ; je ne pratique ni le cathétérisme utérin, ni le cathétérisme vésical, proposant à Mme Largeot et au Dr J... de faire venir le plus rapidement possible le professeur Pinard, pour qu'il examine la malade et nous donne son avis.

La consultation a lieu le lendemain : M. Pinard affirme le diagnostic de grossesse ectopique, juge inutile de chloroformiser la malade et demande à la revoir au moment de ses prochaines règles.

La malade se porte bien ; elle ne souffre pas ; la température, prise régulièrement matin et soir, est normale. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Les règles apparaissent le 30 mars sans douleurs ; elles durent jusqu'au 1er avril. La malade ne souffre pas du tout et continue à se promener tous les jours.

Dans le courant du mois de mars, Mme X... est allée consulter le professeur Tarnier, qui a réservé son diagnostic, demandant à examiner la malade dans son lit.

Une nouvelle consultation a lieu le 3 avril ; une consultation est rédigée dans laquelle : 1o le diagnostic de grossesse extra-utérine est affirmé ; 2o une opération, sans urgence, est nécessaire en raison des accidents probables et doit être faite dans le plus bref délai possible.

Sur la demande de la malade, cette opération est pratiquée par le Dr Pinard, assisté des Drs Potocki et Poupinel, en présence du professeur A. Herrgott (de Nancy). Le Dr Lepage donne le chloroforme.

Le 20 avril 1892, à 10 heures 1/4, la malade est apportée endormie à la salle d'opération ; le cathétérisme de la vessie montre qu'elle remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis et qu'elle est fortement déviée à gauche. Le cathéter introduit dans l'utérus pénètre à une profondeur de 9 centim. 1/2.

Après les soins antiseptiques d'usage, incision à 1 centim. à gauche de la ligne médiane ; le tissu cellulaire sous-cutané est abondant et épais ; quelques difficultés pour découvrir le péritoine recouvert d'une épaisse couche de graisse. L'incision cutanée est

agrandie en haut et en bas; elle remonte à hauteur de l'ombilic. La face antérieure du kyste fœtal est violacée, recouverte d'épiploon adhérent et enflammé.

Après avoir mis le plus possible à découvert la face antérieure du kyste, M. Pinard commence la suture du kyste à la partie profonde de la paroi; celle-ci est extrêmement mince et friable et se déchire très facilement. En présence de cette complication, M. Pinard incise le kyste et atteint en même temps le bras du fœtus qui est sous-jacent à l'incision. Il ne s'écoule pas de liquide. La paroi du kyste est intimement appliquée à la surface du fœtus; avec le doigt M. Pinard cherche à mobiliser un peu le fœtus, à détruire les adhérences qui existent entre lui et la paroi du kyste; il constate avec le doigt que le kyste est rompu ou plutôt que la paroi du kyste est usée en arrière et que le doigt est en contact direct avec les anses intestinales. Lorsque le fœtus est rendu suffisamment libre dans le kyste, M. Pinard amène l'un après l'autre les deux pieds et extrait ainsi peu à peu le fœtus entier. La paroi du kyste est anfractueuse, fait défaut par places; les intestins apparaissent en plusieurs points. En bas, on trouve une surface irrégulière, kystique, de coloration noirâtre, à laquelle adhère encore un débris de cordon de couleur terreuse et d'une longueur de 5 à 6 centim. : c'est le placenta qui est adhérent par sa partie interne avec l'utérus. M. Pinard le décolle peu à peu, sans grande difficulté, sans déterminer d'hémorrhagie. Il bourre ensuite la cavité kystique avec de la gaze iodoformée. Quatre points de suture profonds au fil d'argent sont appliqués à la partie supérieure de l'incision; plusieurs points de suture au crin de Florence sont faits superficiels. Pansement avec la gaze iodoformée et de l'ouate aseptique.

L'opération (anesthésie non comprise), commencée à 10 heures 30, est terminée à 11 heures 35. Sauf une légère intoxication due à l'iodoforme, les suites de l'opération furent très simples. Le 5e jour la gaze iodoformée fut retirée et remplacée par un drain. Mme S... se leva le 22e jour, ne conservant qu'une petite fistule.

Cette dame, revue le 20 juillet, a une santé parfaite. Elle ne conserve qu'une fistulette qui suinte à peine, mais qui laisse sourdre un peu de sang à l'époque des règles. L'utérus a repris sa place au centre de l'excavation où il est mobile et de volume normal.

Examen des pièces (1). — Le fœtus pèse 450 gr. et mesure 30 centim. de longueur; il est dépouillé de son épiderme sur pres-

que toute la surface du corps, sauf au niveau de la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. Le membre supérieur gauche est complètement appliqué, accolé à la paroi thoracique. Tous les membres sont aplatis.

La tête est très inclinée sur l'épaule droite : elle est recouverte par les membranes fœtales; au niveau de la région sous-mentonnière droite il existe une empreinte due à la pression exercée par l'épaule. La voûte crânienne est déformée, irrégulière ; les os sont très rapprochés les uns des autres et il est impossible de les déplacer. Le fœtus appartient au sexe féminin.

La masse placentaire pèse 240 gr. et présente une épaisseur de 7 centim. et une forme elliptique; sa circonférence est de 24 cent.

La surface est formée par des saillies irrégulières; sa surface fœtale est mamelonnée et présente 3 ou 4 kystes dont deux sont déjà affaissés. La partie du placenta qui était en connexion avec l'utérus offre une coloration charnue qui contraste avec celle de la partie externe moins colorée. Le cordon est grêle, de coloration grisâtre, et mesure seulement une longueur de 5 centim. ; il était en voie de résorption.

REMARQUES. — Cette observation rappelle jusqu'à un certain point l'observation IX, puisque dans l'un et l'autre cas, le kyste fœtal fut trouvé rompu et le fœtus à peu près libre dans la cavité abdominale. Il existe cependant ici une différence consistant dans les accidents qui ont probablement coïncidé avec la rupture du kyste et qui ont rendu ici le diagnostic difficile à ce moment et pendant les jours qui ont suivi.

L'extraction du placenta eut lieu sans hémorrhagie comme dans l'observation IX, mais il faut remarquer que le fœtus, dans les deux cas, était mort depuis au moins trois mois.

Enfin, en terminant, il faut noter comme particularité intéressante l'apparition du sang au moment des règles, au niveau de la fistule minuscule qui existe encore trois mois après l'opération.

---

(1) Ces pièces ont été montrées par le Dr LEPAGE à la séance du *Congrès obstétrical* du 25 avril 1892.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Sans relever ici toutes les particularités de ces observations, je suis autorisé, je pense, à présenter les conclusions suivantes :

1° Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres.

2° Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté dans toutes les observations dès la fin du premier mois

3° Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie.

4° L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas.

5° Les règles sont toujours supprimées pendant la grossesse extra-utérine et ne reparaissent que deux ou trois mois après la mort du fœtus.

6° Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables ; si l'utérus est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière, sur les côtés et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation.

7° Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement puisqu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poids normal.

8° Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile comme dans mon observation V. Il peut même, fait sur lequel j'insiste, car je ne l'ai vu noté nulle part, présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus.

9° Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les décoller (obs. VI et XI).

10° Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, pouvant se rompre séparément.

11° Quelquefois la loge fœtale peut être bilobée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible, comme le montre la VII[e] observation.

12° Le kyste fœtal dans certains cas, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie.

13° Ces observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire, les avantages de l'*extériorisation simple du kyste*.

14° Elles mettent en évidence ce fait que, dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle.

15° Les observations X et XII sont des exemples bien nets de la rupture du kyste à une époque avancée de la grossesse sans production d'hémorrhagie ni de péritonite et de la tolérance des intestins en rapport avec un fœtus à nu dans la cavité abdominale. Elles semblent prouver également qu'après le 3[e] mois qui suit la mort du fœtus, on peut procéder sans danger à l'extraction immédiate du placenta.

16° L'observation VI doit appeler l'attention sur les accidents graves qui peuvent se montrer quelques jours après la mort du fœtus.

17° Enfin, toutes ces observations mettent en relief, je pense, les grands bénéfices que l'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans le cas de grossesse extra-utérine puisque, rassemblant les observations qui précèdent et celles publiées antérieurement (1) j'ai le tableau ci-dessous qui donne sur 12 femmes opérées 11 femmes guéries. La seule femme qui ait succombé a été opérée in extremis.

---

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, avril 1889.

12 cas de grossesse extra-utérine ayant été opérés après le 6e mois, le fœtus étant mort.

Nos D'ORDRE	DATES	PRIMIPARES	MULTIPARES	AGE DE LA GROSSESSE	DURÉE DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT	OPÉRATION	POIDS DU FŒTUS	GUÉRISON	MORT
1	21 juillet 83	....	3	9 mois	2 mois	Élytrotomie	?	1	
2	23 juin 88	....	2	Id.	1 mois	Laparotomie	2300 gr.	1	
3	9 février 89	....	2	Id.	2 m. 1/2	Id.	2300 —	1	
4	30 juillet 89	....	3	Id.	3 mois	Id.	2200 —	1	
5	22 octobre 89	1	....	8 mois	9 mois	Id.	1520 —	1	
6	3 décembre 89	1	....	6 mois	12 jours	Laparotomie in extremis	950 —	....	1
7	4 décembre 89	....	2	Id.	2 mois	Laparotomie	?	1	
8	25 janvier 90	....	3	Id.	3 mois	Élytrotomie	1180 —	1	
9	12 novembre 90	1	....	8 mois	7 semaines	Laparotomie	3220 —	1	
10	4 février 91	....	3	6 mois	3 mois	Id.	580 —	1	
11	1er avril 92	1	....	7 mois	2 mois	Id.	290 —	1	
12	20 avril 92	....	2	Id.	4 mois	Id.	450 —	1	

LA KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE *(Fin)* (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

EXPLORATION

Je considère la position de main de Brandt comme une véritable trouvaille. Je ne sache pas que d'autres l'aient imaginée, ou du moins l'aient décrite avant lui. En tous cas elle n'est pas classique. Elle mérite de le devenir, pour l'exploration gynécologique. Au premier essai, comme toute chose nouvelle elle paraît incommode; **il faut s'y habituer.** *Alors on constate sa supériorité.*

J'ai raconté comment les médecins allemands à Iéna avaient été surpris de voir à quelle précision de diagnostic Brandt parvenait sans employer la narcose. Le fait mérite réflexion. *Ce n'est pas seulement par la position de la main, par l'habileté, par la patience et la douceur que Brandt arrive à ce résultat*: **c'est par un certain degré de massage**, sur lequel j'insisterai et qui accompagne toute exploration. Il a pour effet d'atténuer puis de supprimer la douleur ou, en tous cas, les hyperesthésies gênantes, et de vaincre les résistances. Alors pourquoi employer le chloroforme ? Pour aller vite ? La rapidité du diagnostic n'a, d'ordinaire, aucune utilité et n'est pas toujours possible dans le genre d'affections que vise le traitement. Donc il vaut mieux ne pas employer la narcose qui souvent ne hâterait rien, et qui peut supprimer d'utiles éléments de diagnostic.

La force est formellement exclue de toute bonne exploration gynécologique ou obstétricale. Il est un axiome de mécanique que j'ai métamorphosé pour mon usage d'accoucheur

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1892, p. 81.

et dont l'étude du traitement suédois me fait encore plus apprécier la justesse. Cet axiome est le suivant : *ce que l'on gagne en force on le perd en finesse.* Douceur, patience, longueur de temps, au besoin massage préparatoire, tels sont les moyens qui permettent de vaincre les résistances. Il n'y a guère que les difficultés dues aux épaisseurs adipeuses dont on ne vienne pas à bout.

L'examen se fait : 1° dans la station verticale ; 2° dans le décubitus. *Le médecin est toujours assis.*

Je n'ai pas à décrire ici les précautions d'usage, en particulier les soins germicides. Le médecin sera particulièrement exigeant pour lui-même (1), et j'insiste sur une petite mais excellente mesure préventive. Il ne se contentera pas de tremper son index dans le pot de vaseline et de l'introduire immédiatement dans les cavités, laissant au corps gras antiseptique la liberté de se répandre au hasard et inégalement sur la peau. Il l'oindra soigneusement, de la pulpe à la racine et au delà de la racine, en frottant avec un doigt de l'autre main pour imprégner les sillons et faire pénétrer la graisse dans les sillons et les orifices glandulaires. De cette façon il se désinfectera plus facilement par les lavages, après contact de produits septiques ; les malades en bénéficieront et lui-même évitera les folliculites (2).

J'ai dit que l'examen se faisait *d'abord dans la station verticale.* Donc la femme est debout, habillée, mais *le cor-*

(1) J'emploie soit la solution de biiodure ioduré en usage à la clinique Baudelocque, soit la solution de sublimé, chlorure de sodium, sulfate de cuivre et acide tartrique qui est toute préparée dans le commerce sous le nom de chlorol marye ; mais j'ajoute à l'une ou à l'autre de la glycérine pour empêcher le dessèchement de la peau et les excoriations.

(2) J'ai eu l'occasion dans un article de l'*Union* (24 mars 1891), en décrivant l'antisepsie de la femme enceinte, parturiente et accouchée, de montrer combien il était difficile d'aseptiser le doigt après contact de matières infectieuses, et par quelles précautions on pouvait le purifier promptement. Le petit moyen que j'indique ici, et qui n'est pas nouveau, puisqu'on le recommandait jadis pour préserver des virus syphilitiques, est certainement l'un des plus sûrs et des plus simples.

sage et le corset dégrafés jusqu'en haut, les jupes dénouées et lâches. Elle doit respirer à l'aise. De la main droite elle tient ses jupes, la gauche s'appuie sur l'épaule droite du médecin assis devant elle, et lui transmettra les impressions douloureuses qui seraient ressenties au cours de l'exploration.

C'est avec la main gauche que le médecin touche. Il a graissé non seulement l'index, de la façon que j'ai décrite, mais le bord radial du médius, le pouce et les plis interdigitaux correspondants. Son bras étant passé sous les jupes, l'index pénètre dans le vagin. Tous les doigts sont dans l'extension ; le médius loge son bord radial dans le sillon interfessier, l'annulaire et l'auriculaire embrassent la convexité de la fesse gauche, le pouce est à un centimètre environ du vestibule, le bord cubital de l'index déprime la commissure postérieure. **Cette position de la main est la même pour l'exploration et le massage.** J'ai insisté sur ses avantages, et j'ajoute qu'elle épargne aux femmes les douleurs que cause une forte pression de l'angle de flexion des trois derniers doigts fléchis et fermés dans la paume, suivant l'ordinaire coutume.

De sa main droite qui est libre le médecin soutient la région lombo-sacrée.

Au toucher vaginal succède le toucher rectal qui permet d'explorer la presque totalité de la face postérieure de l'utérus, les replis de Douglas, le sacrum, les parties latérales du bassin et de percevoir les ovaires disloqués ou adhérents, les trompes prolabées qu'on ne saisirait pas par une autre voie. On combine aussi avec avantage le toucher rectal au toucher vaginal dans certains cas, l'index et le pouce étant introduits simultanément, celui-ci dans le vagin, celui-là dans le rectum. Le toucher vaginal et rectal simples ou combinés, dans la station debout, alors que les viscères et les mouvements respiratoires exercent leur pression ordinaire sur les organes, est un utile appoint à la palpation bimanuelle.

Celle-ci est vagino-abdominale ou recto-abdominale, ou vagino-recto-abdominale.

Elle se pratique dans le décubitus dorsal ; mais non dans le décubitus dorsal à plat. La situation de la femme est exactement celle d'une parturiente à l'heure d'expulsion, quand le dos n'est pas horizontal, mais un peu relevé par des oreillers. L'inclinaison du dos doit être telle que le paquet intestinal ne soit pas entraîné dans le pelvis par la pesanteur, et puisse être refoulé avec la main vers le haut de la cavité abdominale ; en un mot, juste ce qu'il faut pour rapprocher les côtes du bassin et relâcher la sangle musculaire. Pour obtenir le maximum du relâchement, le médecin ne négligera aucun moyen. Tel est la latéroflexion du tronc avec inclinaison de la tête du même côté. Cette attitude détend les obliques, et facilite l'examen du ligament large sous-jacent (conseil de Brandt). Notre vieille coutume française de faire placer en arrière des ischions, sous le sacrum, les poings fermés et verticaux de la malade, rend à mon avis un signalé service dans la pratique de la méthode suédoise. Pour épargner la fatigue on peut les remplacer par un coussin dur.

Donc la femme est étendue dans la situation dépeinte, sur une chaise longue sans bras, à dossier incliné, très ferme, les jambes et les cuisses à demi fléchies, en légère abduction. Détente absolue de tout le corps. On l'obtient presque toujours, même chez les nerveuses, *à force de patience*, par l'attitude, l'accoutumance et le massage préparatoire.

Le médecin, toujours assis sur son tabouret, contre la chaise longue, du côté gauche, vis-à-vis des hanches et des cuisses de la malade, un peu plus haut, un peu plus bas, selon nécessité, les jambes écartées pour se rapprocher davantage, mais, avant tout, commodément installé ; le médecin, dis-je, passant l'avant-bras gauche sous la cuisse gauche de la femme, introduit **un seul doigt**, l'index gauche, dans le vagin et place sa main dans la position à laquelle restera attaché le nom de position de Brandt.

Beaucoup de médecins, surtout à l'étranger, ont l'habitude de faire l'exploration interne avec l'index et le médius. Ils croient gagner ainsi 1 cent. de longueur. Leur illusion est certaine, s'ils placent la main dans la position de Brandt, parce que l'écart entre le médius et l'annulaire est d'ordinaire moindre qu'entre l'index et le médius. S'ils emploient la méthode commune, ils gagnent moins en réalité qu'en apparence, parce que la flexion énergique, isolée, du petit doigt et de l'annulaire est plus difficile à maintenir que la flexion du petit doigt de l'annulaire et du médius réunis, et en tous cas l'effort nécessaire et le fait seul de la réunion des deux doigts enlèvent au tact de sa finesse. De plus, comme le fait remarquer Brandt, avec deux doigts on élargit le vagin et à travers sa voûte tendue les sensations perçues sont moins nettes.

Pendant l'exploration bimanuelle comme pendant le toucher simple, la femme conserve tous ses vêtements, flottants et lâches. La main libre de l'opérateur se pose à nu sur le ventre, qu'il est inutile de découvrir. Cette main libre est la main droite. Je me suis demandé s'il n'y aurait pas avantage à se servir alternativement de l'une et de l'autre comme nous le faisons en obstétrique, l'index gauche explorant mieux la moitié droite du pelvis et l'index droit la moitié gauche. J'ai essayé, je n'ai pas réussi. Il faudrait que le bras gauche fût aussi fort que le droit.

Je dis fort; je devrais dire habile, puisque je parle en ce moment de l'exploration. *Dans le massage il faut quelquefois employer la force bien réglée : jamais dans l'exploration, qui est œuvre de dextérité.* Si l'index qui touche ne pénètre pas assez loin, s'il perd constamment et peu à peu du terrain par l'élasticité et l'épaisseur des tissus qui repoussent le pli interdigital du médius et de l'index, on fixera le coude en l'appuyant sur la cuisse gauche. On supprimera ainsi, on diminuera l'effort qui nuit à la délicatesse des sensations. De même avec la main extérieure, celle qui palpe, on ne doit pas déprimer d'emblée et rapidement les tissus, mais lentement, progressivement et en les faisant trembloter.

Si on ne réussit pas, si la malade ne sait pas ou ne peut pas respirer posément, si elle tend ses muscles abdominaux, et surtout si elle souffre, on accoutume en une ou plusieurs séances quotidiennes mais courtes, cette paroi rebelle dont la pression exagère la contraction ou la souffrance, et par degrés on arrive au but. On n'échoue d'ordinaire que faute de patience ou si l'adiposité est trop grande ; cependant certaines malades arrivent difficilement à respirer avec le calme indispensable, ou peut-être ont les mouvements diaphragmatiques plus accentués qu'ils ne sont d'ordinaire chez la femme.

On explore successivement l'utérus, le paramètre et les organes y contenus. L'opérateur aura toujours présent à l'esprit un criterium, celui des organes normaux de la femme adulte, nulli, uni et multipare, situation, volume, consistance, mobilité, élasticité, sensibilité de l'utérus, des ovaires, des trompes et *de tous les ligaments*. Nos traités de gynécologie donnent de ce criterium une description plus ou moins exacte. Il serait impardonnable de ne pas songer avant tout à la grossesse, et, en cas de doute, de ne pas s'abstenir jusqu'à éclaircissement. Rien ne doit échapper. **Pas de bon traitement sans un diagnostic complet** ; mais le diagnostic ne sera pas toujours complet d'emblée, soit parce que la malade aura d'involontaires résistances, soit parce qu'elle souffrira réellement, soit parce que les organes plus ou moins déplacés, seront adhérents ou emprisonnés dans des exsudats qui en masqueront la forme et les rapports.

Que l'on saisisse bien ma pensée. Il faut un diagnostic complet et précis pour mener à fond et à bien le traitement. Exploration et traitement exigent et développent la délicatesse et la sûreté de mains ; l'opérateur doit arriver à savoir exactement ce qu'il tient entre les doigts, la forme, la place, le genre de fixation de l'utérus et des organes annexés, la part que chacun prend à ces tumeurs chroniques ou subaiguës qu'on englobe sous le nom générique de paramétrites, exsudats, péri-métro-salpingites, oopho-

ro-salpingites, lympho-adénites, comme elles englobent elles-mêmes les organes génitaux en totalité ou en partie ; mais on ne débrouille pas le chaos en une fois. Plusieurs explorations sont parfois nécessaires, *et une ébauche de traitement*. Prudence et patience. Ne pas aller au hasard et toujours débuter par ce que j'appelle massage préparatoire analgésique. Il importe d'insister sur les effets calmants, de la méthode Suédoise et de les bien mettre en lumière. Aussi est-ce par les préliminaires analgésiques que j'aborde l'étude du massage.

MASSAGE

Massage analgésique préparatoire. — La femme étant dans la même situation que pour l'exploration bimanuelle, le médecin assis, prend la position de Brandt, fixe et immobilise la pulpe de l'index dans un cul-de-sac ou sur la paroi rectale, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté :* puis de la main libre, avec le plat des quatre phalangettes, il exécute sur la partie correspondante de l'abdomen, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté, tout autour*, en remontant toujours dans le sens des courants lymphatiques et sanguins, et en restant quelques secondes à la même place, des petites frictions circulaires dans lesquelles la peau et les tissus se meuvent. Le doigt intérieur suit de son mieux la main extérieure. Le coude droit de l'opérateur tremblote continuellement. Voilà pourquoi j'ai appelé ces frictions tremblotantes. La force est nulle pour commencer et n'est augmentée que par degrés en une ou plusieurs séances, à mesure que l'analgésie se montre. On surveille attentivement le visage de la malade. S'il y a des femmes hyperesthésiques, il en est qui sont dures au mal. Qu'une douleur vive se lise sur les traits, aussitôt la main se déplace, se fait plus légère, ou s'arrête, pour reprendre un instant après. On n'échoue, je le rappelle, que faute de patience, et c'est par degrés qu'on arrive au but. Il est utile de temps en temps, quand on sent la paroi se contracter ou quand les

ligaments utérins sont roidis, d'exercer, la main posée à plat, l'avant-bras tendu, le carpe creusant avec une force continue, mais contenue, la sangle abdominale, une pression accompagnée d'une vibration presque invisible du poignet. Ne jamais ôter brusquement la main. Il est indispensable que la digestion soit faite, ou du moins qu'il n'y ait pas de tympanisme. J'ai dit que cette précaution était une règle générale du traitement.

Massage curatif. *Généralités.* — La main extérieure seule masse. L'index vaginal ou rectal sert de point d'appui, maintient et soutient les organes, les pousse en haut vers la main extérieure; mais par le rectum il sert également à *l'effleurage*. Les mouvements exécutés par la main qui palpe se bornent dans la majorité des cas, aux *frictions circulaires*.

Quant à la *percussion,* appelée tapotement dans les livres spéciaux, on ne l'exécute pas sur la paroi abdominale, mais sur la région sacro-fessière et le long de la colonne vertébrale. Elle appartient à la gymnastique proprement dite et sera décrite avec elle. C'est à dessein que je ne prononce pas le mot de *pétrissage,* pour bien montrer que la violence est exclue du traitement. Cependant il est indiqué par exception.

Donc, l'effleurage et les frictions circulaires constituent presque toute la technique générale de la méthode suédoise en ce qui concerne le massage direct et immédiat des organes. L'effleurage se fait avec le doigt qui touche, par le rectum, sur les organes malades ou sur les parois latérales du bassin, *de bas en haut* dans le sens des gros courants veineux et lymphatiques. Brandt pour expliquer ce mouvement du doigt le compare à celui qu'on fait pour tracer des raies sur la buée d'une vitre, en appuyant et vibrant légèrement. Il y attache une grande importance ainsi qu'aux pressions exercées de *haut en bas* sur les nerfs sacrés, à leur sortie des trous, pour calmer les douleurs des femmes qui ne peuvent s'asseoir sans souffrir. Les frictions circulaires s'exécutent, comme je l'ai dit à propos des préliminaires analgésiques, non avec l'extrémité de la pulpe, mais avec la

pulpe entière et une partie de la phalangette de l'index, du médius et de l'annulaire. Un continuel tremblotement du coude, leur communique une *vibration* dont je juge inutile de faire catégorie à part, mais qui est essentielle et doit être recherchée dans toutes les manœuvres. *Les meilleurs résultats s'obtiennent en saisissant le mieux possible la région qu'on doit masser, en évitant toute dépense inutile de force, et par des séances courtes, trois, six, huit, dix minutes au plus.* Les novices dans cet art spécial sont tentés d'agir avec énergie et persistance surtout dès qu'une amélioration se manifeste, dans l'espoir d'abréger la cure. C'est une erreur qui expose aux accidents, aux retards, aux reculs, à la nécessité de revenir sans cesse au massage analgésique.

Brandt a parlé excellemment de son art en termes généraux. « On commence, dit-il, avec légèreté autour de la partie malade pour arriver graduellement sur celle-ci; on n'augmente la force qu'après disparition de la plus grande sensibilité. De courtes pauses sont nécessaires. La main se fait de plus en plus légère vers la fin de la séance, qu'on termine en appliquant la paume et les doigts étendus sur la région malade et en exécutant une très douce vibration. Un traitement semblable exige un temps assez long; mais le résultat en est excellent. Aujourd'hui tout le monde masse et on se figure que pour avoir une action il faut provoquer la douleur; il est étonnant qu'on ne fasse pas plus souvent tort aux malades. On se figure aussi que le traitement est facile à exécuter et à comprendre. La moindre expérience prouve le contraire. Combien de temps ne faut-il pas pour apprendre à explorer et pour acquérir sûreté et dextérité dans la pratique du massage! »

Ces quelques lignes renferment, à mon avis, le meilleur de cette chose presque indescriptible qu'on appelle technique du massage gynécologique. J'ajouterai seulement que même entre praticiens habiles, instruits et rompus au métier, il y aura toujours des différences tenant aux qualités innées d'adresse, sans parler des conformations de main. La dexté-

rité me semble jouer dans la kinèsithérapie, le rôle capital qu'elle jouait autrefois en chirurgie.

Massage de l'utérus. — Le massage commence et se tertermine d'habitude par l'utérus. Il varie du tout au tout suivant l'effet à produire, tantôt léger, si léger qu'on frôle à peine la paroi utérine (métrite hémorrhagique, utérus petits et durs, ou gros mais mous) : tantôt vigoureux, mais jamais d'emblée (utérus gros et coriaces, métrite chronique parenchymateuse). On agit de préférence sur la face postérieure, le fond, l'isthme et le col avec la main externe. L'index vaginal logé dans le cul-de-sac antérieur, le plus haut possible, refoule l'isthme en haut et en arrière avec une force suffisante pour maintenir l'organe, mais sans exciter une vive douleur, tandis que les doigts de l'autre main répartissent également les frictions circulaires dans l'ordre suivant : fond, corps et col, sauf indication de localiser la manœuvre (métrite cervicale, ulcérations). En frictionnant on incline le fond vers la symphyse. Par conséquent le mas sage est précédé ou accompagné de la réduction de l'organe s'il n'est pas fixé. S'il est fixé, c'est par le massage des fixations qu'on débute. Je vais examiner successivement les deux cas.

Réduction de l'utérus incliné, fléchi ou versé, mais mobile. — Brandt a imaginé divers moyens de ramener sans violence en antéversion, l'utérus anormalement placé, mais libre. Il a donné de ces différentes manœuvres, une nomenclature dont je ne reproduirai pas les termes intraduisibles dans notre langue (1). De plus, cette nomenclature me semble simplifiable. Je dis la nomenclature ; je ne dis pas les manœuvres, *indispensables à connaître si l'on veut bien opérer.* Ces exercices sont très utiles aux commençants. C'est une bonne initiation à un traitement duquel les violences sont proscrites, et où la force doit être ménagée et

(1) Les principaux sont : Guppning : balance ou bascule ; Klämning : serrement, étreinte ; Ikrokning : accrochement ; Redressionstryck : pression redressante.

calculée. Je vais essayer de les expliquer d'une façon sommaire, clinique et claire.

La réduction s'opère par le vagin et l'abdomen, ou par le rectum, le vagin et l'abdomen.

Réduction vagino-abdominale. — Si l'utérus est petit et rigide, si le renversement n'est pas très prononcé, la femme étant couchée dans la situation de l'exploration bimanuelle et du massage, le médecin assis applique la pulpe de l'index sur la face antérieure du col qu'il refoule d'avant en arrière et en bas. En même temps la main qui palpe cherche très délicatement le fond de l'utérus. Si la perception est nette, on accroche doucement le fonds, puis la face postérieure, et on ramène l'organe vers le pubis. Si la perception n'est pas nette, on déprime sans force les tissus à droite, à gauche et, au milieu, en exécutant les frictions circulaires tremblotantes sur toute l'étendue des ligaments larges, mais sans insister longtemps sur la même place, et bientôt, pour peu que la paroi abdominale ne soit pas trop grasse, et à condition, bien entendu, que le mode de réduction soit celui qu'il fallait choisir, *on sent l'utérus qui monte vers cette paroi comme un corps flottant.* Alors on accroche le fond. On éprouve parfois quelque difficulté à parfaire la réduction, puis, brusquement, elle se complète. Brandt, auquel je décrivais cette sensation, me disait dans un langage pittoresque : « Oui, c'est comme un chien de fusil qu'on relève ; on a de la peine jusqu'au milieu du parcours, puis, brusquement, il tombe dans son cran ». Brandt croit que l'arrêt correspond au maximum d'extension des ligaments ronds ou plutôt de tout le revêtement péritonéal antérieur, c'est-à-dire, si je saisis bien sa pensée, à ce qu'on appelle le point mort dans le parcours d'une bielle mécanique. La contracture du feuillet postérieur du ligament large peut du reste jouer le même rôle et s'opposer à la réduction. Aussi *j'insiste dans tous les modes de réduction sur l'utilité du massage des ligaments larges pour les détendre et assouplir.*

Si l'utérus, plus long que dans le cas précédent, mais encore

rigide, ne bascule pas par simple pression cervicale, soit parce que le col haut placé derrière la symphyse est difficile à atteindre, soit parce que le col raccourci, fournit un bras de levier insuffisant pour enlever le fond de l'organe enfoui dans la concavité sacrée, on procède de la façon suivante : Avec la pulpe ou le bord radial de la phalangette de l'index, on soulève le fond utérin. *Simple soulèvement, graduel, mesuré, préparé par le massage qui relâche les ligaments.* On ne pousse pas violemment; on se garde aussi de pousser en arrière, manœuvre par laquelle on cale le fond sous le promontoire. *On soulève seulement après massage et tout en massant.* La femme ne doit éprouver d'autre douleur que la douleur supportable, caractéristique, qui appartient à la face postérieure de tout utérus rétroversé. Son visage doit donc tout au plus trahir par un froncement de sourcils la sensibilité qu'éveille la pression du doigt. Si la souffrance est vive, si l'utérus semble fixé, on s'abstient de tout redressement et on pratique, pendant une ou plusieurs séances, le massage préparatoire analgésique et antiphlogistique. Si l'utérus est soulevable, on le soutient du doigt. En même temps, les quatre doigts de la main libre mise en pronation appliquent leur pulpe au-dessus du pubis, poussent vers lui la peau du ventre de façon à éviter les tiraillements, puis pénètrent dans l'excavation, la vessie étant vide, jusqu'au contact de l'isthme qu'ils chassent vers la concavité sacrée. Ils sont puissamment aidés par *la tension* du revêtement péritonéal antérieur qu'ils produisent et qui tire le fond en avant. Dès que l'isthme recule, le doigt intérieur qui soulevait le fond de l'utérus passe en avant du col et le presse en arrière et en bas. A ce moment, l'utérus est à moitié redressé, et la main extérieure abandonnant l'isthme, remonte avec légèreté sur la face antérieure de l'organe, accroche le fond et le conduit vers l'arcade pubienne. La manœuvre a donc cinq temps :

1° Soulèvement du fonds par le doigt qui touche ;
2° Pression sur l'isthme par la main qui palpe ;

3° Passage du doigt qui touche sur la face antérieure du col;

4° Le doigt qui touche et la main qui palpe, refoulent vers le sacrum et en bas, le col et l'isthme pendant quelques secondes;

5° La main qui palpe accroche le fond et termine la bascule.

Cette manœuvre réussit à merveille, surtout si l'utérus est rigide. Il faut qu'il soit placé dans l'axe. Elle mérite un nom spécial, et comme le nom Suédois traduit littéralement est peu expressif, je propose de l'appeler **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. Elle n'agit pas seulement en redressant l'utérus, elle assouplit et tonifie l'appareil ligamenteux. *Elle joue un des premiers rôles dans le traitement* et est comme la préface de ce que je décrirai sous le nom d'élévation.

Réduction recto-vagino-abdominale. — Elle convient aux utérus gros et mous, rétrofléchis ou rétroversés, mais dont le col cède aux pressions, ou n'offre aucune prise. Elle convient aussi aux utérus de consistance molle ou ferme que des tentatives de réduction mal conduites ont refoulés en arrière et en haut, et dont le redressement ne peut être achevé. On la commence et on la termine dans la station verticale, ou bien on la commence dans la station verticale et on l'achève dans le décubitus dorsal, ou bien on l'exécute en entier dans le décubitus dorsal.

Le médecin, assis et soutenant de la main droite la région lombo-sacrée, introduit l'index gauche dans le rectum, et fait glisser le pouce sur le périnée jusqu'à l'orifice vaginal où il pénètre. L'index agit autant que possible sur le fond de l'utérus, en tous cas sur la plus grande partie de la face postérieure du corps qu'il chasse en avant par des pressions ménagées, pendant que le pouce chasse en arrière la face antérieure du col qui dans nombre de cas retrouve sa longueur à mesure que le redressement s'opère. Quand le fond est difficilement accessible, parce que l'index se heurte aux

culs-de-sac de l'ampoule rectale ; il cherche et trouve, avec difficulté parfois, le sphincter d'O'Beirne, situé le plus souvent à gauche du sacrum, le dépasse et arrive sur le fond.

La réduction peut être complète d'emblée dans la station verticale. Dans ce cas, le médecin, sans lâcher prise, fait asseoir puis étendre la femme (1), et commence le massage. Si elle n'est pas complète, il l'achève par les manipulations externes, massage des ligaments, pression péritonéale antérieure. Quand par exception, le fond de l'utérus est à une hauteur telle que ni l'index rectal ne puisse l'atteindre, ni la main qui palpe accrocher l'organe, on refoule d'abord le fond vers la pointe sacrée, puis on commence ou recommence l'opération. Quand l'utérus très mou et ballant se plie en cornue, la manœuvre est difficile, mais neuf fois sur dix, elle échoue par la faute de l'opérateur qui est trop pressé, va au hasard, fait des efforts, et, suivant l'expression de Brandt, « bat la bouillie d'avoine sur le ventre des malades ».

Brandt indique six procédés de redressement ; je les ai fait tous rentrer dans ma description, plus courte que la sienne, parce qu'il me semble inutile de multiplier les catégories sans nécessité didactique ou clinique.

Ces ingénieuses combinaisons de levier, ces manipulations délicates, constituent certainement une des parties originales de l'œuvre de Brandt. Je répète qu'elles ont une importance capitale.

Utérus fixé. — Quand l'utérus est ou paraît adhérent, la réduction immédiate est contre-indiquée ; **toute violence est proscrite du traitement**. On délimite la position exacte de l'organe, l'étendue et la nature des fixations ; mais en général on ne les reconnaît qu'à la longue. J'ai dit : quand l'utérus est ou paraît adhérent, parce qu'à mon avis la fixation de certains utérus n'est qu'apparente, et s'explique par une con-

(1) A ce moment, la malade passe son pied par dessus le bras du médecin qui se trouve alors dans la situation réglementaire : *bras sous la cuisse gauche*.

tracture ligamenteuse. Dans ce cas on agit en massant la périphérie de l'utérus et les ligaments larges. A mesure que la douleur disparaît, la main descend de plus en plus profondément, opérant sur les côtés de l'organe. Le doigt qui touche soutient l'isthme en arrière et soulève le col en haut, comme pour exagérer la rétroversion, manœuvre importante, surtout quand la contracture ligamenteuse joue un rôle, car si l'on essaye trop tôt et trop brusquement de redresser l'organe, la contracture se reproduit : il y a une sorte de tétanisation et l'utérus s'immobilise. J'ai vu des essais de redressement ou des mouvements de gymnastique favorables à la bascule en avant, mais prématurément employés, fixer de nouveau l'utérus pour plusieurs jours et raviver les douleurs disparues. On ne devra donc tenter la réduction que très doucement, et quand on sentira flotter le corps utérin.

Si l'utérus est véritablement adhérent, fixé par des brides, on débute de la même façon (massage des ligaments et de la périphérie utérine). On s'en tient à lui et à la gymnastique dérivative *aussi longtemps qu'il est nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on sente le corps utérin trembler dans sa loge* comme uu clou qu'on veut arracher et que les doigts ont ébranlé par trépidation ; c'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé ; *alors seulement* on rompt les adhérences, ou plutôt *on les étire avec grandes précautions*, sans jamais se départir du sage précepte de Brandt : *plutôt trop peu que trop en une fois.*

Les adhérences occupent le corps ou le col, ou le corps et le col. Qu'elles existent en avant, en arrière ou sur les côtés, Brandt opère suivant les circonstances par le rectum, par le vagin, par la paroi abdominale, soit avec l'index gauche seul, soit avec le pouce seul, soit avec l'index et le pouce, soit bimanuellement, et dans la station verticale ou dans le décubitus dorsal. Le principe général consiste à pénétrer avec prudence entre les organes soudés et à étendre leurs attaches, *opération toujours précédée, accom-*

pagnée ou suivie de massage et de gymnastique dérivative Il faut résister à l'envie d'aller vite dès que le succès se prépare. Ziegenspeck et tous ceux qui, à son exemple, n'ont pas su se soumettre aux impatientantes lentèurs de la méthode de Brandt, s'en sont repentis. La déchirure des tissus, des hématomes plus ou moins graves ont été la conséquence d'une trop grande hâte et d'une force mal calculée.

Il serait également imprudent d'interrompre ou de cesser le massage dès que l'utérus est libéré, car il se fixerait plus solidement que par le passé, et tout serait à recommencer avec plus de difficultés. D'ordinaire une sensation de descente suit la libération. La manœuvre d'élévation y remédie.

Massage des trompes, des ovaires et des exsudats paramétritiques. — Le principe est le même que pour le massage de l'utérus, c'est-à-dire qu'il faut saisir les organes entre le doigt qui touche et la main qui palpe, que cette dernière seule se meut, à moins qu'on n'ait à pratiquer l'effleurage rectal, et que la force doit être employée à bon escient, graduellement, après disparition de la plus grande sensibilité.

Le traitement des masses paramétritiques englobant les annexes, quand ces masses sont accessibles et saisissables sans peine, n'est pas des plus difficiles parce qu'au fur et à mesure qu'elles fondent, l'ovaire et son ligament et les trompes englobées s'y dessinent sous le doigt explorateur qui guide la main extérieure et lui marque le pas.

La nature des tuméfactions et l'emplacement des annexes étant reconnus, on agit sur elles à tour de rôle. Les trompes sont massées autant que possible de dehors en dedans pour faire cheminer les sécrétions vers l'*ostium uteri.* Si j'en juge par mon expérience personnelle, rien n'est plus difficile à masser que les trompes régulièrement augmentées de volume et prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, parce qu'elles glissent entre les doigts comme un macaroni cuit et gluant. Les exsudats très volumineux durs comme le bois, remplissant et bouchant l'excavation au point que la défécation semble extraordinaire, a écrit Brandt, exigent l'emploi d'une grande

force, mais avec le temps seulement. Il lui est arrivé de se servir du carpe pour leur pétrissage, le bras raide pour accroître la pression.

Il semble que dans des tuméfactions aussi considérables, le point d'appui interne soit superflu. L'expérience a démontré le contraire à Brandt, et la chose ne me surprend pas. Je crois que la passivité du doigt intérieur n'est qu'apparente. Je m'expliquerai sur ce point.

Le massage de la périphérie au centre est une règle dont on ne doit pas se départir, car il est indispensable d'ouvrir la voie aux stagnations centrales. Il n'est pas moins essentiel de faire et refaire le diagnostic à chaque séance, de tout surveiller et de ménager et régler la force qu'on déploie. En se conformant à ces règles on peut dans certains cas avoir un bon résultat sans grand'peine. D'autre fois une véritable virtuosité de mains est nécessaire, en particulier quand il faut reconnaître et détacher un ovaire, petit, déplacé, adhérent à la paroi du bassin, centre d'irradiations douloureuses et cause de diverses erreurs de diagnostic. Brandt m'a recommandé de placer un doigt sous l'organe à travers les parois vaginales ou rectales, de faire glisser l'ovaire sur ce doigt par la palpation et de l'étirer doucement en avant en même temps qu'on le pousse en bas. J'ai très bien réussi dans un cas, qui m'a permis de me rendre compte de la manœuvre. On fabrique à l'ovaire, par extensions graduelles et prudentes, un véritable *méso* analogue à celui qui le relie normalement à la paroi pelvienne. On peut aussi, comme me l'a conseillé le Dr Helleday, exercer des tractions sur le ligament de l'ovaire qu'on doit s'habituer à reconnaître et à suivre du doigt ou de la main dans le toucher et le palper gynécologiques ; mais ce procédé rend surtout service dans les dislocations d'ovaire, quand cet organe augmenté de volume et douloureux, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, plus ou moins comprimé par le fond de l'utérus rétroversé, devient la source de crises névralgiques ; dans ce cas la principale difficulté n'est pas d'accrocher le ligament utéro-ovarien et d'éloigner

l'ovaire, mais de le maintenir éloigné. On est alors aidé par la manœuvre dite élévation de l'utérus, dont les applications sont nombreuses en kinésithérapie gynécologique.

ÉLÉVATION

L'élévation *viscérale* est la conception la plus originale de Brandt. J'ai raconté dans la partie historique comment elle naquit dans son esprit. Diversement modifiée, il l'applique aux viscères déviés ou prolabés, au rectum, à l'utérus, au rein flottant. Il y a donc une élévation rectale, une élévation utérine, une élévation rénale. Ces opérations ont pour but de rendre aux attaches musculo-ligamenteuses la puissance de soutien, la souplesse élastique, l'énergie contractile nécessaires. Je ne parlerai ici que de l'élévation utérine. Elle consiste dans une manœuvre spéciale par laquelle on saisit et soulève l'utérus avec deux mains à travers la paroi abdominale. Elle vise le retour à la tonicité des ligaments et l'obtient soit en réveillant la contraction par de brèves excitations, soit au contraire en apaisant la contracture par des élongations mesurées.

Indications et contre-indications. — La principale indication est l'abaissement absolu, c'est-à-dire le prolapsus total ou partiel de l'utérus et du vagin. Viennent ensuite les abaissements relatifs et momentanés par contracture, cause de troubles circulatoires ou de compressions et de douleurs. Brandt et après lui Landau, de Berlin, ont employé avec succès l'élévation contre les malaises et accidents locaux ou généraux fréquents dans le premier stade de la grossesse et même contre certaines menaces d'avortement. Viennent enfin les versions et flexions.

L'élévation est contre-indiquée par les tumeurs de voisinage et l'inflammation des organes paramétriques. Elle est inutile si les ligaments ont perdu toute vitalité.

Conditions nécessaires à l'opération. — La vessie doit être vide, la femme à jeun, l'utérus mobile, corps et col, pas

trop petit. Un aide exercé est indispensable. C'est lui qui soulève l'utérus; le médecin surveille l'opération par le toucher, la dirige, la modifie au besoin, la suspend au moment propice, en un mot la règle.

La *femme*, sans corset et les vêtements lâches, se met dans le décubitus dorsal, tronc et tête légèrement relevés ; c'est la situation du massage et de l'exploration bimanuelle ; mais de plus, la flexion des cuisses est complète, sans qu'il y ait effort pour les maintenir ; jambes fléchies, talons mollement rapprochés et lâchement appliqués contre le siège; les pieds ne posent pas ou tout au moins n'appuient pas sur le canapé. Restriction faite de l'application des talons contre le siège, cette attitude est celle de la taille ou de la dissection périnéale.

Le *médecin* assis au côté gauche, a placé sa main gauche dans la position de Brandt, l'index appuyé sur la face antérieure du col, le plus près possible de l'isthme, fortement, mais sans causer d'autre douleur que la douleur supportable spéciale à cette région Sa main droite déprime les parois abdominales, refoule en bas la peau pour éviter les tiraillements, et s'applique en pronation sur la face antérieure de l'utérus, de façon que seule la pulpe des doigts appuie, et exclusivement sur l'isthme. Cette main sert à indiquer à l'assistant où est le corps utérin. Elle ne peut faire basculer l'organe en arrière, puisqu'elle n'appuie pas sur le fond, mais sur l'isthme. Elle exerce la **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. J'ai décrit cela à propos du redressement. De plus, l'index qui touche et tend à faire basculer le col vers le sacrum, complète le mouvement de levier qui met à l'abri de la rétroversion.

L'*assistant* se place à genoux sur le canapé, vis-à-vis et contre les membres inférieurs fléchis de la femme, de façon que les genoux de celle-ci touchent les hanches de l'aide qui les pousse en forte flexion, et se met en équilibre tel qu'il puisse à un moment donné incliner le tronc entier vers la malade et le placer au besoin horizontalement sans tomber

en avant. Si l'assistant est petit, surtout s'il a les jambes courtes, il se met à deux genoux sur le canapé; s'il est grand, il ne met qu'un genou, le gauche de préférence, et place son pied droit à terre contre le bord du canapé très en avant, en calant son jarret contre la face interne du genou gauche du médecin. De cette façon l'équilibre est assuré et la manœuvre peut être exécutée.

Manœuvre. — Elle comprend trois temps :

1° Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus ;

2° Soulèvement de l'utérus ;

3° Abandon de l'utérus.

1° *Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus.* — Les avant-bras et les bras en forte extension, les mains en supination et extension complètes, un peu écartées, ou en contact par leurs petits doigts, suivant les cas, l'assistant applique la paume de ses mains sur la face dorsale de la main du médecin. Il se penche en avant, très en avant, son visage touche presque celui de la malade, et ce faisant, la pulpe de ses doigts descend derrière le pubis, dans le fossé préparé par la main du médecin et le creuse davantage, non par effort brusque, mais par effort continu et contenu, la pesanteur bien dirigée et mesurée du tronc incliné agissant seule. C'est la **pression péritonéale antérieure** poussée à ses extrêmes limites.

Alors le médecin retire sa main droite désormais inutile, la manœuvre ayant été bien faite. De l'index gauche qui n'a pas quitté le cul-de-sac antérieur et le col, il perçoit à travers les tissus le bout des doigts de l'aide, qui se recourbent légèrement et appuient sur l'utérus le plus bas possible. A ce moment le corps utérin est fortement incliné dans les mains de l'aide qui sent l'isthme reculer. Le médecin qui, lui aussi, sent fuir le col, dit à l'assistant : « allez » ; à la malade : « ne respirez plus », et le second temps commence.

2° *Soulèvement de l'utérus.* — Relevant le tronc et les

bras tout d'une pièce par la seule action des muscles dorso-lombaires, et retirant le siège en arrière — mouvement qu'on fait pour s'asseoir sur les talons — l'aide qui tient l'utérus en avant et des deux côtés à la fois, *dans ses mains animées d'une vibration légère*, fait remonter le col en arrière le long de la concavité sacrée, comme s'il y gravissait des échelons ; en même temps le corps, dont la bascule antérieure se maintient, s'élève graduellement et d'autant plus haut que les ligaments sont plus lâches. A l'instant précis où la résistance est perçue, l'aide s'arrête et le troisième temps commence sur l'ordre du médecin.

2° *Abandon de l'utérus.* — Il consiste à laisser aller l'organe, *tantôt* **lentement**, *tantôt* **rapidement**, suivant l'effet à produire : excitation à la contraction, ou suppression de la contracture, mais toujours **sans brusquerie**. Donc les mains de l'aide *tantôt reculent vivement vers le pubis*, *tantôt retiennent doucement la descente.*

Sensations perçues par l'assistant. — Jusqu'au moment où le médecin retire sa main appliquée sur la face antérieure de l'utérus, l'assistant ne perçoit pas l'utérus. Il se préoccupe uniquement de se mettre en équilibre, et se guide sur la main du médecin pour placer les siennes. Quand le médecin a retiré sa main, l'assistant doit sentir le fond, la face antérieure et les côtés de l'utérus qui bascule en avant comme tiré par un ressort, phénomène produit par la **tension du revêtement péritonéal antérieur**. Cette sensation doit persister pendant le soulèvement. Si elle ne persistait pas, c'est que les doigts auraient glissé. Jamais ils ne doivent glisser. L'assistant perçoit l'ascension de l'organe, qui n'a d'autre limite que celle de la résistance ligamenteuse, fort variable suivant les cas. Pendant le troisième temps l'aide a la sensation d'une descente rapide ou lente.

Sensations perçues par le médecin. — Lorsque les mains de l'aide, plongeant derrière le pubis, tendent par leur pression le revêtement péritonéal, le médecin sent l'extrémité des doigts en contact avec son index ; en même temps le col

s'éloigne ; parfois se dérobe et fuit vers la concavité sacrée. Il *doit* l'accompagner et ne pas le quitter. Le vagin s'allonge, se rétrécit plus ou moins, se tend au voisinage de l'isthme et ses parois enserrent dans certains cas le doigt, exceptionnellement la vulve même peut s'invaginer ; puis on éprouve une résistance, indice des limites d'extension prudente des diverses attaches. Le médecin dit alors « arrêtez », puis après cinq ou six secondes : « laissez aller ». De son doigt il accompagne la descente, et la face antérieure de l'utérus abandonné par l'aide à la fin du parcours, retombe mollement sur ce doigt.

Sensations perçues par la femme. — L'élévation bien faite est indolore. Douloureuse, elle est mal faite. On ne doit entendre aucune plainte de la patiente ; on ne doit saisir sur son visage d'autre impression que celle du désagrément et de l'appréhension, et seulement chez les nerveuses ou dans les premières séances, alors que la femme ne s'abandonne pas avec confiance et n'a pas encore constaté par expérience, que mieux elle se laisse aller, plus la manœuvre est aisée et les résultats satisfaisants. La femme qui a un bon opérateur éprouve donc tout au plus un malaise de quelques secondes, et quand on lui demande compte de ses sensations, elle répond : « je sens que vous tirez en haut les organes ». La femme qui a un mauvais opérateur, se plaint, contracte ses muscles abdominaux, chasse les mains de l'assistant et s'écrie : « oh ! vous m'arrachez ». Quand l'aide ou le médecin commettent la faute de laisser échapper l'utérus, la femme, éprouve une vive douleur.

Remarques complémentaires. — Agir avec douceur et circonspection, en ne quittant pas des yeux le visage de la malade qui jamais ne doit s'altérer. Dans les commencements ne pas saisir l'utérus. Exercer seulement la pression ou tension péritonéale antérieure.

L'élévation n'est très prononcée que dans les cas de prolapsus avec relâchement considérable des ligaments, du vagin et du releveur. Elle est courte dans les cas de version

ou flexion, elle est presque insensible dans le cas de contracture, lors des premières séances.

On élève jusqu'à *résistance et tension des attaches au voisinage de l'isthme*. On ne la dépasse que s'il s'agit de supprimer une contracture, et très graduellement, un peu chaque jour.

Si l'utérus n'est pas dans l'axe, le médecin l'y remet et l'aide fait une élévation oblique de façon à allonger les ligaments raccourcis. On ne doit pas faire l'opération à l'aveuglette. Dans tous les cas le but visé est le rétablissement de la tonicité ; mais on l'atteint tantôt par la tension brève et l'abandon rapide, tantôt par la tension prolongée, quotidiennement augmentée, et l'abandon lent. Enfin, tantôt on agit sur la totalité des attaches, tantôt sur une partie, ligaments de Douglas, ligament large droit ou gauche, revêtement péritonéal antérieur.

L'assistant doit être convaincu qu'il ne saurait saisir trop bas l'utérus, que le col et l'isthme utérin doivent remonter le long de l'arc sacré ; le médecin, qu'il doit mettre l'utérus pour ainsi dire entre les mains de l'assistant, accompagner le col et l'isthme dans l'ascension et la descente, surveiller la tension des attaches ; la femme, qu'elle facilite l'opération par la détente absolue, *et qu'elle la rend impossible en faisant une inspiration pendant le second temps.*

Jadis Brandt exécutait la manœuvre sans assistant. Il ne le fait plus, l'expérience lui ayant enseigné que l'utérus n'était pas toujours saisi ou que, mal saisi, il glissait et surtout basculait en arrière. L'aide est, à son avis, indispensable, sauf lorsque l'utérus est très gros. Dans ce cas et surtout s'il y a grossesse le médecin peut faire l'élévation lui-même. En toute autre circonstance il se borne à contrôler par le vagin toute l'opération. Par la pression de bas en haut et d'avant en arrière, il empêche l'utérus de fuir ou de se renverser ; il le fixe et les sensations de l'aide, très obtuses quand l'organe n'est pas maintenu, deviennent nettes. Il indique et rectifie les fautes et se tient prêt à retenir l'utérus s'il

échappe à l'assistant ; mais il n'en est pas toujours maître, car ses mouvements ne sont pas libres, son doigt ne pénètre pas très profondément, l'avant-bras étant serré entre la fesse gauche de la malade et la cuisse de l'aide ; aussi celui-ci doit être bien persuadé qu'il est responsable de la descente.

Le Dr Helleday exécute l'élévation de deux façons, seul et avec un aide. Seul, il agit de la façon suivante : Assis à côté de la malade il introduit l'index gauche dans le vagin, et le place sur la face antérieure du col. De la main droite libre, il exerce, à travers les parois abdominales, la pression péritonéale antérieure qui fait basculer le corps en avant ; mais continuant cette pression, il repousse le col vers la concavité sacrée et élève en même temps le corps. Il faut que le coude décrive un arc de cercle dont le centre est représenté par le point d'application des doigts. Le Dr Helleday pense que l'élévation est plus régulièrement faite avec un aide et ne s'en passe qu'exceptionnellement.

J'ai dit que l'aide en faisant pénétrer ses mains en supination et extension dans la cavité pelvienne, les tenait un peu éloignées, ou au contraire jointes par le bord cubital des petits doigts. En effet, on peut pénétrer soit au niveau des épines iliaques, soit derrière la symphyse pubienne. Dans le premier cas on saisit latéralement l'utérus, dans le second les petits doigts touchent la face antérieure qu'ils ne sentent guère ; l'annulaire, le médius et même l'index suivant le volume utérin, enveloppent les faces antéro-latérales qu'ils sentent nettement. Aujourd'hui, Brandt emploie constamment le second procédé, à moins que l'utérus ne soit très gros. Jadis, au contraire, il saisissait toujours l'utérus par les côtés et l'élevait directement, mais ayant remarqué que de cette façon le fond avait une tendance à basculer en arrière, il adopta le second procédé qui permet en élevant l'utérus de l'*antéverser énergiquement par la tension du revêtement péritonéal antérieur*.

La manœuvre est repétée trois fois à chaque séance. Il est préférable de mettre dix minutes d'intervalle, mais on peut

se contenter d'un court repos entre les élévations. L'opération est complétée par des mouvements musculaires que je vais étudier avec les divers exercices gymnastiques qui complètent le traitement. (*A suivre.*)

SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE CHEZ UNE FEMME RACHITIQUE EN TRAVAIL AU TERME DE LA GROSSESSE. SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Par le Dr **Porak**, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

La femme X..., âgée de 25 ans, primipare, est atteinte de rachitisme; elle a marché vers sa troisième année. Les déformations de son squelette sont caractéristiques. Les deux tibias sont convexes en dedans, plus à droite qu'à gauche, tandis que les fémurs offrent une convexité exagérée en dehors, plus marquée à gauche qu'à droite. Le thorax présente une saillie exagérée du sternum en avant avec le chapelet assez peu marqué formé par l'intumescence des articulations chondro-costales. La colonne vertébrale offre une légère scoliose à concavité gauche.

Cette femme est petite; sa taille mesure 1 m. 42. Le bassin est mal conformé, il est légèrement asymétrique. L'épine supérieure et antérieure est un peu plus rapprochée du pubis à gauche qu'à droite (15 centim. contre 16 centim.).

L'épine supérieure et postérieure est aussi plus rapprochée de la ligne des épines sacrées à droite qu'à gauche. Au toucher vaginal le côté gauche du bassin est un peu plus accessible que le droit. De plus le promontoire est proéminent. La distance promonto-sous-pubienne mesure 9 centim. 6.

Cette femme était à terme et en travail depuis quelques heures lorsqu'elle est entrée le 10 juin dernier à l'hôpital Lariboisière.

La poche des eaux se rompit spontanément vers minuit et la dilatation du col était complète le 11 juin dans la matinée. L'enfant présentait le sommet en O. I. D. T. La tête surplombait le pubis.

Comme les battements du cœur fœtal étaient normaux, je résolus de tenter tout d'abord une application de forceps quelque infructueuse qu'elle parût devoir être.

Les marques que nous avons constatées plus tard sur la tête du fœtus ont démontré que la prise avait été pratiquée à peu près symétriquement au voisinage des oreilles, la concavité des cuillers regardant la face. Des tractions énergiques, prudentes, mais sans succès me démontrèrent qu'il était impossible d'engager la tête de l'enfant dans l'excavation pelvienne.

Rejetant toute indication d'opération césarienne, je me trouvais dans l'alternative de sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie ou de tenter une seconde application de forceps après avoir préalablement pratiqué la symphyséotomie. Je suivis le second parti.

La femme, qui avait été placée en travers du lit, fut maintenue dans cette situation. Je désarticulai le forceps. Je pratiquai de nouvelles injections vaginales après avoir rasé, savonné, nettoyé minutieusement le pénil et les organes génitaux externes. J'introduisis alors une sonde à travers l'urèthre jusque dans la vessie, de façon à maintenir cet organe aussi écarté que possible de la face postérieure du pubis. Une incision de 5 à 6 centimètres sur la ligne médiane au-devant de la symphyse me permit de la découvrir rapidement dans toute son étendue. Je détachai alors le ligament triangulaire de ses insertions médianes dans une étendue suffisante pour passer la pulpe du doigt en arrière de l'articulation. A l'aide d'un bistouri boutonné placé entre la pulpe du doigt qui garantissait les organes placés en arrière et la symphyse, j'incisai celle-ci par petits coups de bas en haut.

Lorsque la symphyse fut séparée dans toute son étendue, il se produisit un craquement, et les deux os iliaques, entraînés par les membres inférieurs modérément portés en dehors, s'écartèrent de 2 à 3 travers de doigt, c'est-à-dire de 4 centimètres au plus.

L'hémorrhagie fut très modérée. Au fond de la plaie, elle se produisait en nappes aux dépens des vaisseaux du tissu cellulaire de la cavité de Retzius. Une compression avec un peu de gaze placée dans la plaie, exercée entre deux doigts, l'un placé en dehors, l'autre dans le vagin, permit d'en venir facilement à bout.

L'enfant put alors être extrait avec la plus grande facilité à l'aide du forceps. Les cuillers, placées symétriquement, ne laissèrent aucune trace sur la face de l'enfant. On fut obligé de le fustiger légèrement pour provoquer la respiration qui ne tarda pas à se produire régulièrement. Je réunis les bords de la plaie à

l'aide de six points de suture avec de la soie plate. La délivrance ne présenta rien de particulier. L'enfant pesait 2620 gr. Au moment de la naissance, sa tête présentait un aplatissement très marqué suivant le diamètre transversal. Le pariétal gauche chevauchait au-dessus du pariétal droit.

Je fixai les membres inférieurs après avoir appliqué sur le bassin une plaque d'ouate et une ceinture de flanelle très serrée. Pendant les quatre premiers jours la malade eut de l'incontinence d'urine, qui, un peu louche, contenait du pus en très petite quantité, mais en peu de jours l'urine reparut tout à fait limpide.

La température oscilla les premiers jours un peu au-dessus de 38°; une seule fois elle atteignit 38°,6. Le pouls pendant le même temps restait au-dessus de 100 pulsations et marqua une seule fois 128 pulsations (voy. p. 216).

Dès le 4e jour la température et le pouls restèrent normaux.

Le 6e jour on enleva les sutures. La plaie s'est réunie par première intention.

Le 7e jour la symphyse du pubis était solide. Je ne pus pas constater de chevauchement des os iliaques au niveau de l'articulation en imprimant des mouvements alternatifs sur les deux crêtes iliaques.

Je permis à la malade de se lever le 20e jour, avec d'autant moins de crainte que j'avais appris qu'elle s'était déjà à plusieurs reprises levée contre nos ordres, sans inconvénient.

L'enfant, qui avait perdu 175 grammes de son poids le 4e jour après sa naissance, avait retrouvé son poids initial le 10e jour ; le 16e, il avait gagné 165 grammes sur le poids qu'il possédait au moment de sa naissance.

Mme X... a quitté le service le 13 août. Elle marchait absolument comme avant sa grossesse, sans ressentir de douleur au niveau de la symphyse pubienne.

Examinée le 15 juillet, j'ai cependant constaté qu'il existait une mobilité des pubis un peu plus marquée que celle qu'on constate habituellement à cette époque.

L'enfant qui, faute d'un allaitement suffisamment surveillé, avait périclité pendant quelque temps, a repris une santé tout à fait satisfaisante dès qu'il a été confié à d'autres soins. Il est envoyé en nourrice bien portant le 11 août.

Cette observation apporte donc un nouveau succès à la symphyséotomie pour la mère et pour l'enfant. Elle démontre la facilité de l'opération et probablement son innocuité sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse.

	MATIN		SOIR	
	Temp.	Pouls	Temp.	Pouls
11 Juin...........		120	37°,6	120
12................	38°	116	38°	128
13.	38°,3	120	38°,4	116
14................	37°,4	104	38°,6	116
15................	37°,8	100	38°,6	104
16................	37°,4	100	38°	120
17................	37°,2	100	37°,4	100
18................	37°	96	37°,4	104
19................	37°	96	37°	100
20................	36°,6	88	37°	100
21................	37°	100	37°	88
22................	37°	88	36°,8	96
23................	36°,8	94	36°,8	80
24................	36°,8	92	37°	88
25................	36°,6	76	37°	72
26................	36°,8	88	36°,8	88
27................	36°,8	88	37°	90
28................	36°,8	86	37°	92
29................	36°,6	80	38°	100
30................	36°,8	68	37°	100
1er Juillet........	37°	80	37°,2	76
2................	37°	80	37°	80
3................	37°	80	37°	80
4................	37°	72	37°,6	88
5................	37°	80	37°,4	100
6................	37°	84	37°	82
7................	37°	80	39°,4	120
8................	37°,5	88	37°,5	88
9................	37°	80	36°,8	74
10................	36°,8	80	36°,8	86
11................	36°,9	80	37°	80
12................	36°,8	74	36°,8	74

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME

PÉRIMÉTRITE — PÉRIOVARITE — PÉRISALPINGITE

Par le Dr **P.-R. Charrier**,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie de Lourcine-Pascal.

Nous avons souvent entendu répéter à notre cher maître, le professeur Dieulafoy, que rien n'était plus utile pour un médecin que de bien connaître l'histoire naturelle des maladies, c'est-à-dire leur marche, leur évolution, etc. Ce précepte, dont nous avons toujours vérifié la justesse, est particulièrement exact en ce qui concerne la blennorrhagie chez la femme. Grâce à des travaux tout récents, nous pouvons presque affirmer d'une façon absolue, l'exactitude et la vérité de notre interprétation en ce qui concerne la localisation de l'infection gonococcique sur le péritoine qui tapisse le petit bassin et les organes qui y sont contenus chez la femme. Le titre de péritonite blennorrhagique ne nous convient cependant qu'à demi. Rarement, en effet, la grande cavité péritonéale est atteinte, et le mot de péritonite répond à l'inflammation totale de la séreuse abdominale ; le mot de pelvi-péritonite ne nous plait pas davantage, car il correspond à une sorte d'entité morbide qui pour nous n'existe pas ; pour nous, l'infection du péritoine pelvien chez la femme ne peut pas naître spontanément ; les grandes poches de péritonites suppurées, les grands abcès pelviens circonscrits par des loges péritonéales, reconnaissent pour cause, en dehors de la tuberculose et du cancer, une lésion de l'intestin, avec issue du contenu intestinal dans la cavité péritonéale ; c'est cette variété de péritonite qui succède aux perforations, aux typhlites, appendicites, etc. ; on la rencontre dans

les deux sexes. Nous n'en parlerons pas. A côté de cette forme, il existe chez la femme un type d'infection péritonéale auquel on a donné le nom de pelvi-péritonite, qui offre à nos yeux des variétés très nettes, mais qui n'existent pas, comme on l'a dit, sans lésions de l'utérus ou des annexes. La pelvi-péritonite est tantôt de la péri ou de la paramétrite; tantôt de la périsalpingite, tantôt de la périovarite. Cela revient à dire qu'une femme qui présente des accidents péritonitiques, sans lésions de l'intestin, sans traumatisme septique, sans tuberculose péritonéale, ou sans carcinose, doit ces accidents péritonitiques, soit à une infection de l'utérus et des annexes, soit à une infection utérine simple.

Or, nous croyons qu'aujourd'hui,grâce,comme nous l'avons dit, à des travaux tout récents, la périmétro-salpingite est due à deux ordres de causes : les unes dépendent tantôt d'un acte physiologique qui manque à l'homme, c'est la parturition, alors c'est la péritonite puerpérale qui succède toujours à une infection d'origine utérine, qu'elle soit post partum, ou post abortum; ces mêmes causes et la même péritonite peuvent succéder à un traumatisme utérin, cathétérisme ou autre; je dis ces mêmes causes, je veux dire ces mêmes micro-organismes, car, dans tous ces cas, la péritonite de l'accouchée, de l'avortée, de la curetée, est une péritonite consécutive à une lésion de l'utérus, soit après une délivrance incomplète, un accouchement sale, etc., etc. Cette péritonite que nous appelons puerpérale, est le type de la péritonite purulente à streptocoques qui était autrefois si rapidement et si fatalement mortelle jusqu'aux lavages du péritoine qui une fois sur deux arrachent les malades à la mort. On comprend que tous les degrés se voient dans la périmétro-salpingite puerpérale suivant le degré de virulence du streptocoque, suivant la quantité de micro-organismes, etc., etc.; aujourd'hui les formes mortelles sont bien plus rares.

Eh bien, à côté de cette forme, existe une autre variété de périmétro-salpingite, c'est la pelvi-péritonite blennorrha-

gique de Bernutz, c'est l'infection par le gonocoque du péritoine pelvien chez la femme ; cette sorte de péritonite mérite vraiment d'être une espèce morbide, car c'est à l'infection du péritoine qui les entoure qu'est due toute la symptomatologie douloureuse, bruyante de l'infection blennorrhagique des trompes et des ovaires. Il n'y a pas de péritonite puerpérale sans métrite puerpérale ; il n'y a pas non plus de péritonite blennorrhagique sans qu'il y ait eu métrite et salpingite auparavant. Seulement autant les troubles fonctionnels deviennent graves, sérieux lorsque la blennorrhagie atteint le péritoine, autant ils sont peu marqués lorsque l'utérus est seul touché. Il faut avoir suivi des malades comme nous l'avons fait à Lourcine, depuis le début de leur vaginite gonorrhéique jusqu'aux accidents métritiques puis salpingiens, puis péritonitiques ; il faut avoir vu ces blennorrhagies du col, si rebelles, si interminables, ne se manifestant que par un écoulement verdâtre très peu abondant, sans vaginite appréciable ; il faut avoir vu ces métrites cervicales gonorrhéiques être tout à coup le point de départ d'accidents péritonéaux formidables, avec ballonnement du ventre, vomissements verdâtres, etc. ; il faut avoir vu ces cas aussi vite apaisés que vite déchaînés, pour comprendre qu'il y a une périmétro-salpingite blennorrhagique, aussi importante à connaître que difficile à traiter et qui doit, il nous semble, être surtout traitée par la prophylaxie.

L'histoire de la péritonite infectieuse en général est de date récente, l'histoire de la péritonite blennorrhagique est encore plus récente. Je parle pour l'une et pour l'autre de l'histoire bactériologique. Au point de vue clinique, Ricord, Depaul, Bernutz, Noggerath, en 1872 déjà, et plus près de nous, à ce double point de vue clinique et bactériologique, Sänger, Bumm, Menge, et surtout Wertheim (de Prague) ont bien étudié la question qui nous occupe ; nous renvoyons pour l'historique détaillé à notre thèse (1).

(1) *De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Périmétrite. Périsalpingite*, par le Dr P. CHARRIER. (Steinheil, édit., 1892.)

Nous allons chercher ici à résumer les opinions variées qui se sont fait jour. Bernutz, avec un sens clinique admirable et grâce au milieu spécial où il vivait, a bien vu et bien décrit les accidents péritonéaux chez la femme atteinte de blennorrhée, il a comparé ces accidents à ceux qui frappent le testicule chez l'homme, il a même appelé orchite féminine la péri-ovarite et la péri-salpingite blennorrhagique. Bernutz avait remarqué ces cas soudains auxquels nous avons fait allusion et le volume de la tumeur l'avait frappé comme tous ceux qui ont examiné après lui des cas semblables. Mais où Bernutz a eu moins de bonheur, c'est quand il a décrit une pelvi-péritonite menstruelle, congressive, c'est-à-dire par excès de coït; pour nous ce sont là des variétés de la péritonite blennorrhagique, presque toujours au moins, car dans les cas où on ne retrouve pas la blennorrhée, il suffit de chercher pour constater l'infection d'origine puerpérale. Bernutz lui-même, dans les observations qu'il cite comme des types de péritonite menstruelle, signale antérieurement l'existence de la blennorrhagie.

C'est surtout les travaux de Wertheim (de Prague) que nous allons analyser ici, car ils n'avaient pas encore complètement paru au moment où nous avons fait notre thèse.

Lorsqu'on étudie attentivement ses expériences, on est frappé de la précision qu'on y rencontre et des résultats qui s'accordent merveilleusement avec les faits cliniques (1). Ce qui augmente à nos yeux la valeur de ce mémoire, c'est l'évolution de Bumm. Après en avoir combattu les conclusions, soit au congrès de Berlin, soit à celui de Bonn dans des discussions restées fameuses, Bumm admettait que l'infection blennorrhagique ne pouvait à elle seule entraîner les lésions périmétro-salpingiennes et salpingo-ovariennes, que Wertheim lui attribuait. Il niait que le gonocoque eût une action durable sur les tissus et prétendait que les sup-

(1) Die ascendirende Gonorrhœe beim Weibe. Bacteriologische u. klinische Studien zur Biologie des Gonococcus Neisser. *Archiv. für Gynæcologie.* Bd XLII, 1, 1892.

purations pelviennes au cours de la blennorrhagie étaient de véritables infections secondaires, dans l'étiologie desquelles le gonocoque avait joué un rôle de cause prédisposante et non déterminante. Telle était l'opinion de Bumm jusqu'au dernier mémoire de Wertheim; depuis ce dernier travail et avec une franchise qui lui fait honneur, Bumm a contrôlé avec succès les expériences de Wertheim, et, abandonnant ses premières conclusions, il a adopté tout à fait celles de Wertheim.

Ces conclusions sont les suivantes :

En dehors de la puerpéralité les lésions des annexes et du péritoine pelvien chez la femme sont, dans la très grande majorité des cas, dues à l'infection gonococcique. La présence de gonocoques dans le pus ou dans les exsudats se constate toujours quand on emploie la méthode dont Wertheim s'est servi. Sur 7 cas de pyo-salpinx il a trouvé 7 fois dans le pus, le gonocoque. Alors même que le gonocoque n'est pas facile à déceler par les examens microscopiques il suffit d'employer la méthode des cultures pour le mettre en évidence. C'est sur de l'agar mélangé à du sérum de sang humain, sérum de sang placentaire, que Wertheim a pu cultiver le gonocoque. La virulence de ce microbe est extrêmement variable mais elle présente ce caractère particulier qu'elle persiste très longtemps. On ne doit jamais nier qu'une salpingite suppurée avec périmétro-salpingite est gonoccique en invoquant, pour cette négation, l'absence de gonocoques, sous le microscope; il suffit d'ensemencer ce pus en apparence sans microbes pour avoir de belles cultures de gonocoques. Wertheim a employé tous les procédés dont les autres auteurs se sont servis pour les microbes pyogènes et il a obtenu avec le gonocoque des résultats analogues à ceux obtenus avec les autres micro-organismes, il est même arrivé à provoquer sur lui-même une lymphangite avec abcès sous-cutané à gonocoques en se faisant une inoculation de culture pure de gonocoques.

Mais de tous les résultats obtenus par Wertheim ceux qui,

à nos yeux, ont vraiment la grande plus importance au point de vue spécial qui nous occupe, c'est la détermination chez les animaux, surtout la souris blanche et le cobaye, d'une péritonite spéciale à gonocoques. Voici comment procède Wertheim. Après incision de l'abdomen et du péritoine de l'animal, incision faite avec toutes les précautions d'usage, il introduit dans la cavité péritonéale une culture pure de gonocoques sur milieu solide de sérum mélangé à de l'agar. Trente-six heures après il obtient une péritonite localisée, adhésive, sèche, et suivant la quantité de culture la péritonite est ou n'est pas mortelle. Les caractères sur lesquels insiste Wertheim dans ces péritonites expérimentales sont justement ceux sur lesquels nous avons insisté dans notre thèse : c'est-à-dire, la localisation de la péritonite, les adhérences excessives qu'on observe, et qui ont le caractère d'adhérences plastiques, tandis que dans les autres formes de péritonite l'exsudat est toujours liquide, séro-purulent, purulent, et les adhérences secondaires à l'exsudat liquide. Wertheim non seulement avec des cultures de gonocoque a reproduit des péritonites sèches, partielles, mais avec des parcelles prises sur les exsudats péritonitiques de ces péritonites il a obtenu des cultures nouvelles de gonocoque.

Nous croyons donc que la preuve est faite, il nous reste à décrire rapidement comment se présente cliniquement l'infection gonococcique des annexes et du péritoine qui les entoure.

La cause déterminante c'est l'infection blennorrhagique. Cette infection se fait par les rapports sexuels et, disons-le bien haut, elle est extrêmement fréquente. Depuis trois mois un des élèves distingués de la clinique des voies urinaires à Necker a entrepris des recherches sur la métrite à gonocoques. Ces recherches sont extrêmement intéressantes, il nous a communiqué quelques résultats que nous voulons énoncer ici car ils nous paraissent jeter un jour nouveau sur la pathogénie et l'étiologie indirecte des accidents périmétro-salpingiens gonorrhéiques.

Dans quatre cas, il a constaté la présence intermittente du gonocoque. Ce microbe, dont les premières atteintes remontaient à plusieurs mois, ne se retrouvait pas dans les liquides vaginaux ou dans la leucorrhée cervicale, sauf au moment des règles et dans la semaine qui les suit.

Dans un cas, M. Reymond, pendant 4 mois, a examiné les sécrétions d'une femme ayant de la leucorrhée sans y trouver de microbe pathogène, pendant ces 4 mois la femme n'eut pas ses règles et son amant put sans danger cohabiter avec elle; au bout du 4e mois les époques reviennent très abondantes mais sans fausse couche; aussitôt qu'elles eurent cessé, l'amant de cette femme contracte avec elle une blennorrhagie à gonocoque; il prend du pus dans le col de sa maîtresse, le porte à Reymond. Gonocoques abondants qui disparurent le 7e jour après les règles. Chez trois autres femmes, même apparition intermittente du gonocoque après les règles.

Sans vouloir généraliser des faits encore en trop petit nombre, nous dirons qu'aujourd'hui, grâce aux travaux de l'école de Necker, on sait combien longtemps virulente est cette *goutte militaire;* il suffit de lire le récent mémoire de notre ami Janet, pour voir combien doit être fréquente la contamination de femmes saines par des hommes en apparence guéris, c'est ce que nous avons appelé la péritonite des jeunes mariées. Insistons également sur l'importance de la menstruation comme cause très favorable à la pullulation des gonocoques anciens, au rajeunissement des vieilles endométrites en apparence guéries. Insistons enfin sur les excès sexuels qui, eux aussi, par la congestion qu'ils provoquent, rendent plus facile le développement de l'agent infectieux. Enfin, prenons un exemple entre mille, et voyons comment ces choses se passent. Une jeune femme se marie, son mari depuis longtemps n'a plus d'écoulement, ne tache plus son linge, il a eu toutefois à plusieurs reprises la blennorrhagie et, en réalité, s'il n'a pas d'écoulement il conserve un léger degré d'uréthrite postérieure.

Sous l'influence de rapports sexuels nombreux, il voit apparaître un peu d'écoulement qu'il qualifie d'échauffement, en même temps sa femme constate un peu de vaginite, mettons les choses au mieux. Un médecin est appelé, conseille des injections, du repos, etc. La vaginite s'apaise, il reste un peu plus de pertes blanches chez la jeune femme qu'avant son mariage, elle ne s'en inquiète pas ; vient la 1re époque menstruelle, les pertes blanches augmentent avant et après, et si on examine à ce moment l'utérus au spéculum, il est rare qu'on ne constate pas un léger degré d'endométrite, parfois même un peu d'ulcération de l'orifice utérin. A ce moment la femme est atteinte de vaginite et de métrite gonorrhéique ; suivant le terrain, les choses restent ainsi plus ou moins longtemps, puis un jour, après quelques fatigues, un voyage de noces, etc., la femme est prise tout d'un coup d'une violente douleur abdominale, c'est le cri d'alarme de Bernutz, il y a du météorisme, de la constipation, des vomissements, etc. et si l'on vient à toucher la malade on constate de l'empâtement, l'utérus est comme figé au milieu d'une vraie gangue inflammatoire, avec prédominance des phénomènes douloureux d'un côté, car dans la blennorrhagie les lésions périutérines sont d'abord unilatérales, ce n'est qu'ensuite que les deux côtés se prennent. La douleur du début de la pelvipéritonite n'a nullement l'intensité de celle de l'hématocèle, il n'y a pas non plus la sensibilité exquise de l'abdomen qu'on observe dans la forme dite puerpérale.

On n'a jamais non plus les frissons répétés, intenses de ces formes puerpérales. D'ailleurs, nous renvoyons pour plus de détails à notre thèse. Ce que nous voulons ici mettre en lumière, c'est le début des accidents péritonéaux après une période plus ou moins longue d'accidents vaginaux ou utérins. Le jour où la trompe se prend, le péritoine se prend aussi. La prise de possession du côté le premier touché par l'infection coïncide très souvent avec la 1re époque menstruelle qui suit la contamination. Un mois plus tard, à la 2e époque après la contamination, la trompe de l'autre côté

se prend à son tour, et avec elle le péritoine qui l'entoure.

Une fois les deux côtés pris, on assiste à des poussées péritonitiques menstruelles successives et suivant que la malade se soigne, garde le lit, évite toutes les causes de congestion ou bien, au contraire, se fatigue et continue à se livrer à des excès de tout genre, on constate dans le premier cas une atténuation dans les symptômes qui peut simuler la guérison; ou bien il y a exagération dans les troubles fonctionnels, la tumeur s'accroît, et il est rare que la situation de s'aggrave pas au point de commander une intervention.

On peut donc, en résumé, décrire deux formes de péritonite blennorrhagique; l'une suraiguë, fluxionnaire, apparaissant très brusquement pour diminuer ou disparaître de même; une seconde forme moins tapageuse, peut cependant offrir un début analogue, puis faire rapidement place à ce qui est le type de notre description, c'est-à-dire à une péritonite très localisée au début, unilatérale en commençant, plus douloureuse que grave, procédant par poussées inflammatoires qui sont souvent en rapport avec les époques menstruelles. C'est cette forme qui a reçu le nom de forme rémittente de Nöggerath.

Les conséquences de cette péritonite blennorrhagique sont des adhérences très nombreuses qui entraînent avec elles des déviations de l'utérus et une stérilité presque constante.

On ne peut guère confondre la péritonite blennorrhagique qu'avec la péritonite puerpérale subaiguë. Toutefois, les antécédents, l'existence d'avortements ou d'accouchements, suffisent à faire poser le diagnostic de puerpéralité. Alors même que la femme nierait toute poussée, l'absence de rémission, la fièvre dite de suppuration, la gravité de l'état général feront penser à l'existence d'une infection à streptocoque. Disons enfin, avant de donner les conclusions de notre thèse, qu'à côté de la forme dite puerpérale pure ou gonococcique pure il existe une forme intermédiaire caractérisée par les deux formes surajoutées, fusionnées. Certaines malades ayant été infectées légèrement au moment de leur couches

et contractant ultérieurement une blennorrhagie ou bien étant devenues enceintes, ce qui est rare, avec des lésions anciennes ou récentes de périmétro-salpingite blennorrhagique, peuvent présenter des symptômes de périmétro-salpingite puerpéro-gonorrhéique.

C'est dans ces cas que l'on observe ces sortes de salpingites avec poches purulentes enkystées. Il semble que la suppuration d'origine puerpérale rencontre pour se diffuser des barrières causées par les adhérences d'origine blennorrhagique.

Pour terminer nous pouvons conclure :

1° Par la disposition anatomique de ses organes génitaux, la femme met en communication avec l'extérieur sa cavité péritonéale, par l'intermédiaire des trompes et de l'utérus ; l'extrême fréquence des infections salpingiennes et périmétro-salpingiennes est due à cette disposition.

2° Deux formes de péritonites septiques existent chez la femme et n'existent pas chez l'homme.

3° L'une de ces formes dite puerpérale est due à l'infection du péritoine pelvien consécutivement à l'infection de l'utérus soit après l'accouchement soit après l'avortement ; on peut faire naître une péritonite identique en dehors de tout état gravide, en infectant la cavité utérine soit par un cathétérisme, soit par un examen. Le streptocoque pyogène est le microbe ordinairement pathogène de cette péritonite.

4° A côté de cette péritonite existe une péritonite spéciale quant à son siège, car elle mérite le nom de *périmétro-oophoro-salpingite*, et qu'elle est toujours localisée dans le péritoine qui tapisse le petit bassin et les organes qu'il contient. Cette péritonite autrefois appelée pelvi-péritonite est également spéciale quant à la nature de son exsudat ; c'est un exsudat plastique, adhésif, qui fait de cette péritonite une sorte de péritonite sèche présentant des lésions péritonéales analogues aux lésions des autres séreuses, synoviales articulaires, tendineuses au cours du rhumatisme blennorrhagique.

Cette péritonite est aussi spéciale quant à ses causes car elle succède à l'infection gonococcique des voies génitales inférieures, vulve, glande de Bartholin (vagin, col et corps de l'utérus, trompe, ovaire).

5° Cette péritonite procède par poussées, mérite le nom de rémittente, et ses poussées coïncident avec la menstruation ou les excès sexuels. Aussi a-t-elle été décrite jadis sous les noms de pelvi-péritonite menstruelle congressive, etc.

Nous avons appelé cette péritonite blennorrhagique, gonorrhéique, on peut également l'appeler vénérienne.

6° On rencontre quelquefois une forme intermédiaire entre la péritonite puerpérale à streptocoque, et la péritonite vénérienne à gonocoque. C'est la péritonite puerpérale gonorrhéique qui emprunte aux deux formes qui l'engendrent sa symptomatologie et ses lésions.

7° Le diagnostic des lésions périmétro-salpingiennes au cours de la blennorrhagie est très important, il faut toujours redouter l'extension de la gonorrhée chez la femme et traiter très énergiquement les manifestations les plus légères de la blennorrhagie féminine.

8° Il faut surtout poursuivre avec la dernière énergie ces formes torpides, latentes d'endométrite cervicale à gonocoque, les injections intrautérines de teinture d'iode, de permanganate au 1/100 (je dis au centième), sont très efficaces.

Les travaux récents ne permettent plus d'ignorer qu'au point de vue de la reproduction de l'espèce non seulement la blennorrhagie est redoutable par les lésions qu'elle exerce sur le testicule, mais qu'elle est non moins à craindre par les lésions de tout genre qu'elle détermine sur l'appareil génital de la femme, que ces lésions soient utérines, tubaires, ovariennes, périutérines, périovariennes et péritubaires.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Fibromes utérins (1)

Sur la structure de quelques fibromes kystiques et sur la néoformation des fibres cellules musculaires dans les fibromes utérins. (Sulla struttura di alcuni fibromiomi fluttuanti e nella neoformazione delle fibrocellule muscolari nei fibromi dell' utero), par Tusini. In *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1891, p. 473.

Dans les six cas qu'il a observés, Tusini a constaté que cette néoformation se produit le plus souvent par segmentation indirecte et exceptionnellement par scission directe. Il a voulu d'autre part vérifier les recherches de Galippe et Landouzy sur les micro-organismes des fibro-myômes. Or, il n'a trouvé ces microbes qu'à la périphérie des fragments de tumeur, jamais au centre.

P. Mauclaire.

Petit fibrome utérin sous-séreux causant une grande intolérance vésicale. (Small sub-serous fibroid of uterus the occasion of great intolerance of the bladder), par W. H. Baker. *Boston med. and surg. J.*, 20 août 1891, p. 189.

Très grande fréquence des mictions sans douleur le jour, aggravation des troubles par la fatigue ; diminution par le repos au lit et par le port d'un pessaire. Le corps de l'utérus était en rétroversion ; il y avait en avant et à gauche de lui un petit fibrome mobile du volume d'un œuf de poule. Les symptômes persistant pendant des années, les pessaires finissant par être mal supportés, Baker fait la laparotomie, enlève le petit fibrome ; guérison. Les symptômes vésicaux, évidemment d'origine réflexe, disparaissent définitivement.

H. H.

Guérison spontanée d'un myôme utérin volumineux. (Ein Fall spontaner Heilung einer grossen Fibromyoms der Gebärmutter), par A. Popoff et O. Stoff. *Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 22, p. 730.

Femme d'une trentaine d'années, atteinte depuis cinq ans d'un

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, août 1892, p. 142.

fibro-myôme volumineux de l'utérus traité sans résultat par l'électricité, les injections d'ergotine, le perchlorure de fer, etc. État général très mauvais avec amaigrissement excessif. En 1890, attaque d'influenza avec broncho-pneumonie très grave. A ce moment il se produit un écoulement utérin abondant et la tumeur commence à diminuer, et 12 jours après, expulsion d'un fragment putréfié de la tumeur mesurant 12 centim. de longueur sur 8 de largeur et 3 d'épaisseur. Le lendemain, expulsion d'autres fragments moins volumineux. Disparition complète de la tumeur; l'utérus reprend ses dimensions normales. Guérison.

L'examen microscopique du fragment a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myôme. A. B.

Cas extraordinaire de torsion de l'utérus, qui servait de pédicule à un gros fibrome datant de plusieurs années. (An extraordinary case of twisting of the Uterus, as the pedicle of a large fibroid tumor of many years existence), par JOHN HOMANS, de Boston. *Am. J. of Obst.*, mars 1891, p. 339.

La malade, âgée de 58 ans, avait son fibrome depuis 16 ans. Elle fut prise subitement d'une très violente douleur. Le lendemain seulement la température monta à 37°,8 et le pouls à 90°, et elle commença à vomir ; elle n'avait pas d'obstruction intestinale. Homans proposa la laparotomie, qui fut refusée.

Dix jours plus tard, la température atteignait 40°, et le pouls 130. Homans alors refusa d'opérer, et la malade succomba.

A l'autopsie on constata une péritonite purulente et la torsion de l'utérus, si serrée, que la circulation y était complètement arrêtée, « le fond utérin était séparé du col ».

A. CORDES.

Torsion multiple de l'utérus. (Ueber einen Fall von mehrfacher Achsendrehung der Uterus bei Myom der Fundus), par F. FICK. *Prag. med. Wochenschr.*, 1891, n° 19, p. 219.

A l'autopsie d'une femme de 56 ans, entrée à l'hôpital pour une pneumonie, on trouva, à côté d'un fibro-myôme utérin, l'utérus tordu 4 fois sur son axe, chaque tour mesurant 180°. Le pédicule formé entre le corps et le col de l'utérus mesurait 1 centim. de longueur sur 15 de circonférence. La cavité contenait du sang liquide; les veines étaient le siège d'une thrombose récente. Les ovaires et les trompes étaient infiltrés de sang. A. B.

Contribution à l'étude de la rotation autour de leur axe des tumeurs abdominales. (Contributo allo studio della rotazione assile dei tumori abdominali), par PICCININI. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 132.

Après avoir rapporté plusieurs observations et la plupart des opinions émises sur ce sujet, Piccinini conclut que les causes de torsions du pédicule des tumeurs abdominales sont nombreuses et agissent souvent simultanément.

Ce sont les mouvements des intestins, de la vessie, de l'utérus et enfin les chocs et compressions de la paroi abdominale.

P. MAUCLAIRE.

Sur un cas de fibromes multiples de l'utérus compliquant la grossesse, par le Dr CARLO DECIO. Milan, 1891. Extrait *dagli atti dell' Associazione medica Lombarda*, nº 2.

L'auteur cite l'observation d'une femme âgée de 35 ans, primipare, qui vint accoucher dans le service d'obstétrique de Milan, dirigé par le professeur Mangiagalli.

Cette femme était atteinte de fibromes multiples de l'utérus interstitiels et sous-péritonéaux.

La présence de ces tumeurs gêna fort peu la grossesse ; et l'accouchement se fit sans difficultés. L'enfant était vivant et bien portant.

Les suites de couches furent aussi fort simples. Mais les tumeurs fibreuses n'ayant aucune tendance à disparaître, le professeur Mangiagalli se disposa à en faire l'ablation par la laparotomie.

Cette opération fut pratiquée dix-neuf jours après l'accouchement. Elle ne présenta aucun incident. Les deux tumeurs principales étaient volumineuses, de la grosseur d'une tête fœtale et sessiles. Une seule était pédiculée et plus petite que les autres.

Le pédicule utérin résultant de l'ablation des fibromes fut laissé hors de l'abdomen après avoir été lié avec un lien élastique et le ligateur de Pozzi ; cautérisé au thermocautère.

Les suites de l'opération furent normales. Un jour, cependant, la température monta à 39°, mais tout rentra dans l'ordre ; la malade guérit fort bien et put quitter l'hôpital cinq semaines environ après l'intervention.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions sur la prédisposition à la stérilité produite par les tumeurs fibreuses de

l'utérus, sur les causes de diminution des fibromes après les couches, et sur la conduite à tenir dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse.

M. PÉRAIRE.

II. — CANCER DE L'UTÉRUS

De la méthode d'amputation supra-vaginale de Schröder dans le cas de carcinome de la portion vaginale. (Ueber die Schrœder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom), G. WINTER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 196.

L'opération préconisée par Schröder (amputation sus-vaginale) semble presque complètement délaissée. De fait, hormis Hofmeier qui a fait en sa faveur des plaidoyers très documentés, la plupart des chirurgiens se sont nettement déclarés partisans de l'hystérectomie totale. On a élevé contre le premier mode opératoire un certain nombre d'objections, les unes un peu *secondaires* (possibilité de grossesses futures, mais anormales, avec prédisposition aux avortements, aux fausses couches; dystocies à craindre en raison de la malformation artificielle de l'utérus; le moignon utérin deviendrait le point de départ de douleurs parfois violentes; coexistence d'altérations de la muqueuse utérine avec le carcinome de la portion vaginale, altérations qui, une fois le col enlevé, pourraient devenir la source d'accidents, etc.); une *capitale*, qui suffirait à discréditer la méthode de Schröder, si elle était fondée: l'*association signalée du carcinome de la portion vaginale et de noyaux cancéreux du corps de l'utérus.*

Or, Winter reprend une à une toutes les objections formulées, et les soumet au contrôle des faits cliniques. A propos de la première (évolution de la grossesse chez une femme qui a subi l'opération de Schröder) il cite un cas très intéressant.

Obs. — Le 27 janvier 1885, Schröder opéra une femme âgée de 32 ans pour un cancer de la portion vaginale. Le néoplasme constituait une saillie aplatie, à bords durs, située sur la lèvre postérieure, s'étendant jusqu'au voisinage du cul-de-sac, et qui saignait au moindre contact. La lèvre postérieure fut amputée très haut, sans ouverture cependant du cul-de-sac de Douglas, tandis que la lèvre antérieure fut taillée en forme de coin, et seulement par une section sous-vaginale. Convalescence régulière; la femme quitta l'hôpital 17 jours après avoir été opérée. Toutefois, la lèvre

postérieure n'avait pas guéri par première intention, et, au moment de la sortie de la malade, on voyait, au lieu de la portion vaginale, une dépression circulaire, ayant les dimensions d'un mark, en processus de granulation, avec des bords élevés et en partie sphacélés. Durant une année, la femme s'abstint de rapports sexuels. Puis, la guérison s'étant affirmée, ils furent repris. Une grossesse survint ; dernières règles vers le milieu de mars 1889. Au commencement de novembre, la femme rentrait à l'hôpital, et donnait sur l'évolution de la grossesse, les renseignements suivants : 6 semaines environ après la suppression des règles, étaient survenus des vomissements, mais qui avaient peu duré. Depuis la fin de juillet, elle avait senti des douleurs lancinantes, qui irradiaient de la région lombaire vers la jambe (côté droit), et qui, en dépit de prescriptions variées, étaient allées en augmentant. Le 9 août elle avait senti les mouvements de l'enfant, qui étaient perçus surtout à droite, et qui augmentaient de beaucoup les douleurs signalées (perte du sommeil). En outre, depuis quelque temps la femme ressentait une autre espèce de douleurs, qui de la région lombaire droite irradiaient vers le bas-ventre, survenaient périodiquement, surtout la nuit et duraient 4-5 minutes.

La femme paraissait malade, fort anémique, dans un état de déchéance peu explicable par le seul fait de la grossesse. *Examen :* fond de l'utérus au-dessous des côtes ; liquide amniotique abondant, tête fœtale mobile au détroit supérieur. Orifice vaginal large ; absence de portion vaginale ; entrée du col transversale, perméable pour 1-2 doigts. Canal cervical court, long environ de 1 cent. ; en arrière, c'est à peine s'il existe un peu de col. Le tissu cervical est mou, relâché ; la poche des eaux bombe, comme sur le point de se rompre.

En ce qui concerne les douleurs, elles étaient de deux natures : les premières apparues étaient sûrement de nature névralgique, les autres étaient le résultat de contractions utérines. Celles-ci cédèrent au viburnum prunifolium et aux préparations opiacées, tandis que les premières ne firent qu'empirer. Le 17 novembre, accouchement facile, d'un enfant qui pesait 2650 gr.

Examen 5 jours après l'accouchement : l'auteur constata, au niveau de la région rénale droite, un empâtement diffus qui, dans les jours qui suivirent, aboutit à une tumeur rénale circonscrite, en

même temps qu'il survint des besoins impérieux d'uriner. Au dire de la malade, cette tumeur, qu'elle avait remarquée, aurait alternativement augmenté de volume et diminué à la suite d'abondantes mictions; il s'agissait incontestablement d'une hydronéphrose siégeant à droite. Par le toucher, on trouva que l'utérus, en voie d'involution, était encore plus volumineux qu'à l'état normal et parfaitement mobile. Mais, à droite et en arrière de l'utérus, il y avait des masses dures, constituant une tumeur grosse comme le poing, qui paraissait siéger à droite de la colonne vertébrale et qui s'étendait en avant jusque vers la région moyenne de l'os iliaque. Le 10 janvier, nouvel examen; l'utérus était bien revenu sur lui-même, un peu repoussé à gauche par la tumeur qui, de consistance osseuse et étroitement adhérente à l'os iliaque, atteignait l'acétabulum. Par le palper abdominal, on pouvait suivre son extrémité supérieure jusqu'à l'ombilic. La tumeur résultant de l'hydronéphrose était moins volumineuse. État général mauvais. Mort le 15 mars 1890, avec des accidents péritonitiques. (*Il y avait eu récidive du cancer et hydronéphrose par compression de l'uretère.*)

Cette observation montre : 1° *que la conception est possible après l'amputation supra-vaginale ;*

2° *Que la grossesse évolue sans troubles particuliers*, *et qu'elle peut arriver près du terme;*

3° Que même cinq années après l'opération, on peut constater une récidive locale ;

4° Que la récidive pelvienne est fâcheusement influencée par la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches.

L'auteur insiste particulièrement sur l'importance des deux premières propositions. Il relate ensuite brièvement une observation analogue communiquée par Veit, et rappelle les très rares cas de ce genre qu'il a pu relever dans la littérature médicale.

Ayant réfléchi que l'amputation sus-vaginale avait été pratiquée fort souvent, il s'enquit patiemment de ce qu'étaient devenues un assez grand nombre d'opérées (43), et constata avec surprise d'abord, *que pas une n'était devenue enceinte* (sauf un cas, encore douteux, d'avortement). Mais, à la réflexion, le fait s'expliqua. De ces 43 femmes, 23 déjà au moment de l'opération étaient, soit arrivées à la ménopause, soit veuves, ou bien avaient évité le coït par peur d'une grossesse, en somme ne s'étaient jamais mises dans

le cas de devenir enceintes. Quant aux 20 autres, qui étaient dans la période de la vie génitale, leur stérilité s'expliqua, dans les cas où l'examen put être fait, par la rétraction, l'étroitesse cicatricielle de l'orifice cervical.

Winter passe ensuite successivement en revue les autres objections élevées contre la méthode de Schröder et, après une critique documentée, leur oppose les propositions suivantes :

a) *L'appréhension de voir survenir des douleurs menstruelles ne doit pas nous empêcher de laisser un moignon utérin, parce qu'une cicatrisation favorable* (qu'on assure par une bonne technique opératoire) *en met les femmes à l'abri.*

b) *Les troubles généraux, qu'on doit attribuer à une métrite du corps* (celle qui coexiste avec le cancer de la portion vaginale) *ne persistent pas après l'opération, ou bien ils s'amendent, tôt et spontanément.*

c) *Au point de vue de la pratique, il est très important de savoir que la coexistence du cancer de la portion vaginale et du corps de l'utérus constitue une éventualité tout à fait rare.* (Sur des centaines de cas, Ruge ne l'aurait pas rencontrée une seule fois.)

Winter présente ensuite un tableau synoptique, indiquant les résultats fournis par l'opération de Schröder, depuis l'époque où Hofmeier communiqua ses statistiques sur le même sujet. (Les deux statistiques se complètent.)

En tout, il a été fait 155 extirpations partielles ; 10 femmes sont mortes de l'opération, soit 6,5 0/0, et 13 ont été perdues de vue. Voici ce que fournissent les 132 autres :

Durant la	1re	année,	récidive	57
—	2e	—	—	10
—	3e	—	—	5
—	4e	—	—	5
—	5e	—	—	3
—	6e	—	—	0
—	7e	—	—	0
—	8e-12e	—	—	0
Nombre total des récidives				80

Au total, 52 femmes n'ont pas encore eu de récidives ; 3 il est vrai ont été opérées durant les deux dernières années ; 49 restent guéries depuis plus de deux ans, soit 38 0/0 ; proportion assez

satisfaisante et qui défie la comparaison avec les résultats fournis par l'hystérectomie totale. L'important, c'est de savoir choisir les cas auxquels convient l'opération de Schröder et de ce choix tout chirurgien habile est capable.

Conclusions. — Il n'est pas juste, ainsi que le font aujourd'hui la plupart des opérateurs, de condamner l'amputation supra-vaginale. Car, *il est indiscutable que cette opération est moins dangereuse que l'hystérectomie totale, et que, pratiquée dans des cas judicieusement choisis, elle fournit des résultats aussi définitifs que sa rivale.* D'autre part, quand on a affaire à des femmes en pleine période d'activité génitale, c'est l'extirpation partielle qu'il faut préférer, parce qu'après l'opération, ces femmes peuvent concevoir et mener à bien la grossesse. En réalité, l'opération de Schröder n'est pas surannée; seulement, sa vogue reviendra quand les cancers de la portion vaginale s'offriront aux médecins, alors que l'affection est à son début.

R. L.

Deux cas d'hystérectomie vaginale pour sarcome de l'utérus. (On two cases of vaginal hysterectomy for sarcome of the uterus), Brewis. *Edinb. med. J.*, 5 juin 1892, p. 1082.

Obs. 1. — Femme âgée de 43 ans, qui avait eu un enfant 16 années auparavant. Restée bien portante, jusqu'à il y a quelques mois, quand elle fut prise, en dehors des époques menstruelles, d'un écoulement sanguin, rouge clair d'abord, puis sale, fétide, qui s'accompagnait de l'expulsion de masses plus ou moins volumineuses. L'examen permit de constater l'existence dans le vagin d'une masse de consistance spongieuse, friable, qui remontait, à travers l'orifice externe, dans l'utérus. A plusieurs reprises on enleva, autant que possible, les tissus anormaux, puis, comme le néoplasme repullulait avec une rapidité remarquable, et s'accompagnait des mêmes accidents (écoulement abondant, ichoreux, avec altération de la santé générale), on procéda à une extirpation aussi complète que possible de la tumeur, l'on termina par l'extirpation vaginale totale de l'utérus, parce qu'une exploration minutieuse avait laissé l'espoir que les régions péri-utérines étaient indemnes. La femme put quitter l'hôpital un mois après avoir été opérée, et se sentait à ce moment bien portante et forte.

Examen microscopique de la tumeur. — Examen des coupes

intéressant la base du pédicule de la tumeur : stroma fibro-cellulaire, renfermant des acini nombreux, les uns de petit, les autres de considérable volume. Ces acini étaient tapissés par un épithélium cylindrique, reposant sur une membrane basale homogène, et dont les cellules contenaient un noyau et un nucléole, près de la base. Ces cellules, dans un grand nombre d'acini étaient en voie de dégénérescence; d'autre part, bon nombre des cavités acineuses renfermaient des cellules dégénérées et des corpuscules connectifs en prolifération, et qui avaient traversé leurs parois. L'examen d'une portion de la tumeur enlevée un mois environ avant l'opération, fit établir, à ce moment, le diagnostic de myxosarcome, avec prédominance du tissu myxomateux.

Examen de plusieurs coupes de la tumeur : *a*) près de l'insertion du pédicule, restes de tissu adénomateux, avec, sur certains points, des cellules rondes de sarcome; *b*) plus loin de la base, cellules rondes de sarcome, pas d'acini; *c*) plus loin encore, sur certains points, disparition des cellules de sarcome, et substitution de tissu myxomateux.

Obs. 2. — Femme âgée de 49 ans, mère de 8 enfants, le dernier âgé de 11 ans. Depuis deux années environ, atteinte d'hémorrhagies parfois profuses; écoulement dépourvu d'abord de fétidité dès le principe, mais plus tard devenu fétide. Le curettage, qui permit par l'examen microscopique des tissus enlevés, lesquels étaient de consistance molle et d'aspect cérébriforme, de faire le diagnostic, apporta quelque soulagement. Mais les accidents ayant bientôt reparu, l'hystérectomie vaginale complète fut pratiquée. L'opérée succomba le 4e jour après l'opération. A l'autopsie, on constata que la cavité abdominale était tapissée de lymphe récemment exsudée, et que les intestins étaient soudés entre eux. Elle contenait aussi un liquide faiblement coloré. Pas d'obstruction mécanique de l'intestin.

Examen microscopique de l'utérus : 1) d'un fin lambeau, coloré au picro-carmin : nombreuses cellules rondes et fusiformes, pas de glandes dans cette pièce; 2) d'un autre fragment, durci dans l'alcool, et monté dans la paraffine : hyperplasie remarquable des glandes utriculaires, tapissées par un épithélium cylindrique avec basement-membrane, chaque cellule contenant, près de la base, noyau et nucléole. Dans quelques glandes les cellules étaient en état de tuméfaction trouble, dans d'autres en voie de dégénérescence. Tissu connectif cellulaire, semé sur certains points de cel-

lules rondes volumineuses, et, en d'autres points, entièrement remplacées par elles. Une section de la paroi utérine permit de constater que la musculeuse était hypertrophiée, mais normale. Quant à la muqueuse, enlevée par les curettages, elle manquait entièrement.

REMARQUES. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome *circonscrit*, dans le second, d'un sarcome *diffus*. Dans les deux, *pas de douleurs*. Le trait clinique le plus frappant dans le premier, c'est la rapidité de la repullulation, c'est là un caractère spécial au sarcome circonscrit. D'ailleurs, cette tendance à la récidive était-elle encore plus accusée dans ce cas, en raison de certains rapports de la tumeur avec le myxome : à conclure de l'examen microscopique, il semble qu'il s'est agi au début d'un adénome qui, ultérieurement, a subi la dégénérescence myxomateuse. Dans le cas 2, l'épithélium, à la profondeur de 4 millim. environ, était uniformément épaissi par un tissu blanc, cérébriforme qui, au microscope, parut essentiellement composé de cellules rondes et fusiformes avec prédominance des premières. En ce qui concerne le traitement, l'auteur conclut à la supériorité de l'extirpation de l'utérus. Il attribue d'ailleurs la mort de la seconde opérée à une péritonite, suite d'une infection accidentelle et qu'on aurait pu éviter.

R. L.

Communication provisoire sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus par l'alcool. (Vorlaüfige Mittheilung über die palliative Behandlung des Carcinoma uteri mit Alkohol). A. SCHULTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 13, p. 255.

L'auteur a songé à employer l'alcool contre le cancer en escomptant sa double propriété : *a*) de tuer les bactéries; *b*) de coaguler les éléments albuminoïdes. Par cette double action, cet agent répondait aux deux théories admises sur l'origine du cancer : 1) théorie parasitaire; 2) théorie de la prolifération cellulaire.

Il a appliqué sa méthode à 10 cas, mais il n'en relate que 2, dans lesquels le traitement est pour l'instant terminé.

OBS. 1. — Femme âgée de 40 ans, sujette depuis plusieurs mois à des hémorrhagies fréquentes, suivies de l'écoulement d'un liquide fétide, et à des douleurs très accusées dans le bas-ventre, dans la région sacrée; en plus, affaiblissement très marqué.

Examen au début du traitement. — La lèvre antérieure de la portion vaginale est transformée en un néoplasme, gros comme une noix, irrégulier, et qui saigne au moindre contact. Latéralement, le néoplasme tranche vigoureusement sur les tissus voisins. Toutefois, une petite ulcération s'étend quelque peu sur le cul-de-sac gauche. La lèvre postérieure à moitié ulcérée, paraît cependant normale. *Traitement :* les injections furent faites avec une seringue ayant environ 5 fois les dimensions d'une seringue de Pravaz ordinaire ; l'aiguille était enfoncée de 3 à 4 centimètres dans le tissu de la lèvre antérieure. Dès le principe, on fit des injections tous les jours, puis à des intervalles plus éloignés. Après chaque injection, application dans le vagin d'une bande de gaze iodoformée qui était enlevée le lendemain. Après 10-12 injections le néoplasme présentait une surface nette, granuleuse, beaucoup moins disposée à saigner. A ce premier résultat s'ajoutait une diminution remarquable des douleurs. Après 20 injections, le néoplasme était diminué de moitié, sa surface était nette, granuleuse, les phénomènes hémorrhagiques avaient complètement disparu, et l'écoulement, encore abondant, n'était plus fétide. Après la 45e injection la lèvre antérieure avait son volume normal, elle était seulement sans épithélium. L'aiguille pénétrait difficilement sous le tissu devenu fibreux. Au bout d'un mois 1/2, la femme se trouvait complètement guérie. Plus d'hémorrhagies, plus d'écoulement ; la portion vaginale est dépourvue d'épithélium, enfin encore après 4 mois, l'état de la femme reste encore excellent.

Obs. 2. — Dans ce second cas, il s'agissait d'un cancer plus avancé, ayant déjà envahi une bonne portion de la paroi antérieure du vagin, et par conséquent inopérable. Or, le même traitement (il fut fait 48 injections), amène encore une amélioration remarquable (cessation des hémorrhagies, diminution considérable de l'écoulement, état de bien-être).

Remarques. — Les injections furent toujours pratiquées la malade étant dans la décubitus latéral, après que la portion vaginale eût été mise bien en vue à l'aide du spéculum de Sims. Pour protéger le méat urinaire contre l'action caustique de l'alcool, il fut recouvert avec de l'ouate. On se servit pour les injections d'alcool absolu, 5 cent. pour chacune, et l'on en fit une à deux à chaque séance.

Plusieurs malades accusèrent des douleurs pendant les injections surtout quand l'aiguille était enfoncée profondément, mais ces

douleurs duraient peu. Il est à remarquer que la plus grande partie de l'alcool injecté reflue, entraînant beaucoup de tissu dégénéré, parfois même des fragments nécrotiques, volumineux. R. L.

Cas très rare de développement précoce d'un cancer du col utérin chez une jeune femme de 18 ans. (Un caso rarissimo di sviluppo precoce di cancro del collo dell'utero in giovane di 18), par SPINELLI. *Giorn. internaz. delle Sc. med.*, sept. 1891, p. 672.

La malade a refusé l'hystérectomie du col utérin, récidive au bout de deux ans. L'auteur n'a relevé dans la littérature médicale que trois ou quatre cas de développement aussi précoce de cancer utérin, la moyenne survenant entre 30 et 50 ans.

P. MAUCLAIRE.

Contribution à l'étude du sarcome de l'utérus (Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero), par PESTALOZZA. *Morgagni*, sept. 1891.

Parmi les métastases multiples, celles du vagin se sont produites par le mécanisme de l'embolie rétrograde. Dans les deux cas rapportés avec examen histologique, il s'agit d'une variété de sarcome utérin hémorrhagique qui avait infecté toute l'économie avec une rapidité extraordinaire. Le point de départ de la tumeur était peut-être des restes de la caduque.

P. MAUCLAIRE.

Hystérectomie vaginale dans le cancer. (Vaginal hysterectomy for cancer), par E. W. CUSHING, de Boston. *Amer. J. Obst.*, 1892, avril, p. 433.

Discutée assez vivement à Washington, en 1887, elle a été acceptée en 1890, à Berlin.

Mais Lawson Tait la désapprouve fortement. « La mortalité, « dit-il, est très considérable, et le petit nombre de cas dans les- « quels le mal ne récidive pas, sont simplement des erreurs de « diagnostic. »

Cushing n'accepte pas les conclusions de Tait.

Comme il n'est guère possible de savoir avant l'opération jusqu'où le mal s'étend, l'auteur recommande l'ablation totale aussitôt que le diagnostic est posé; « de même que le chirurgien enlève « le sein entier, quand il a reconnu l'existence d'un cancer « localisé dans une partie de la mamelle ».

Pour le diagnostic précoce, la friabilité du tissu, sa facilité à saigner et l'examen microscopique lui paraissent suffisants.

Pour se procurer la pièce nécessaire à l'examen au microscope, il ne craint pas d'enlever un lambeau cunéiforme, ce qui, dit-il, est peu douloureux, et peut être fait après une application de cocaïne. Il fait sur la plaie un pansement à la gaze, et s'il le faut un point de suture.

L'hystérectomie totale est le seul traitement qui permette d'espérer la guérison. Il l'a faite 30 fois pour un cancer et un adénome malin de l'utérus. Sur ce nombre, 15 malades opérées depuis plus d'un an, sont parfaitement portantes ; les autres, ou bien ont succombé à des accidents divers ou bien ont été opérées trop récemment pour qu'on puisse en parler au point de vue de la récidive,

Cushing se sert moins souvent qu'autrefois des pinces ; il fait le plus souvent des ligatures au catgut, et laisse le fond du vagin ouvert en y plaçant un drain de gaze iodoformée.

Les contre-indications sont la cachexie, les maladies graves des organes voisins, l'extension du cancer au vagin, au rectum ou à la vessie.

Chez les femmes à vagin fort étroit, l'utérus ne pouvant passer, il faut après un curage soigneux, faire l'hystérectomie abdominale. A. CORDES.

Sur la question du traitement et de la curabilité du cancer de l'utérus. (Zür Frage der Behandlung und Heilbarkeit der Carcinoma uteri), par HOFMEIER. *Münchener medic. Wochenschr.*, 1890, nos 42, 43.

L'auteur revient de nouveau au parallèle des résultats fournis par les opérations partielles et par l'extirpation totale de la matrice, dans le cas de cancer de l'utérus. De ses nouvelles observations, il conclut que : d'une manière générale, les guérisons définitives, après l'extirpation totale, se limitent aux cas dans lesquels, vraisemblablement, l'intervention partielle aurait suffi. Selon lui, il ne faut pas espérer des résultats meilleurs, soit d'une vulgarisation plus grande de l'hystérectomie totale, soit d'une intervention encore plus large. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Résumé et conclusions générales du rapport de **M. Paul Segond** (de Paris)

L'étude si actuelle des *suppurations pelviennes* soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnose parfois si délicate sont en effet autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches; et, si j'ai bien compris la mission que mes collègues de Bruxelles m'ont fait le grand honneur de me confier, j'imagine que l'étude du traitement devra constituer la dominante de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé, et la même tendance va se trouver plus nette encore dans la note que voici. On y trouvera seulement l'exposé rapide des doctrines générales ou des points de pratique opératoire qui partagent encore nombre d'entre nous, et sur lesquelles le Congrès ne manquera pas de porter son attention plus particulière.

(1) *Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique.*

Tout d'abord, que devons nous entendre par *suppurations pelviennes?* Sous cette dénomination fort amplexive, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme; et, prenant je suppose le siège primitivement extra ou intrapéritonéal des collections purulentes comme caractère différentiel, on peut à l'exemple de Jacobs, en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire *secondaires* et celles qui sont *primitives*.

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant soit dans les annexes, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin; les classifications basées sur la localisation intra ou extrapéritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de *suppurations pelviennes proprement dites*. Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'*hématocèle suppurée,* dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un *kyste*, un *fibrome*, voire même un *cancer* de l'utérus ou une *grossesse ectopique,* peu importe; le cas n'en reste pas moins spécial, et les suppurations intra ou périnéoplasiques observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergences à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de *kystes suppurés* du ligament large, qu'il est peut être avantageux de traiter par incision simple; si l'on excepte encore certaines *collections purulentes secon-*

daires, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale, qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Toutefois, me basant sur quelques observations personnelles, j'aurai l'occasion de montrer que dans ce premier groupe de faits, l'hystérectomie vaginale peut, aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas biens rares de *cancers utérins compliqués de suppuration pelvienne;* il est clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je me propose surtout d'établir c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibromes de gros volume, à la condition bien entendu que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibromes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux *suppurations pelviennes proprement dites.* Ici encore, et toujours pour ne parler que du traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux ? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît par exemple « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice », et que, « d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques ». Rien de plus juste que ces deux axiomes récemment invoqués par Le Dentu. Mais les textes de loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signifi-

cation générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications les plus récentes. Qu'il s'agisse d'élucider le *diagnostic* des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qu'il convient de faire à leur *thérapeutique conservatrice;* qu'il s'agisse de se prononcer sur *les indications d'une chirurgie plus radicale* ou sur *le choix de l'intervention la meilleure,* les opinions les plus diverses se croisent aussitôt, et dans ces conditions, il devient assez délicat d'exposer avec précision l'état actuel de la question. Je m'efforcerai néanmoins de le faire de mon mieux, et ce n'est qu'après avoir scrupuleusement consigné l'avis de tous les chirurgiens compétents, que je me permettrai de soumettre au contrôle des membres du Congrès les conclusions auxquelles je me suis personnellement rallié et dont voici l'exposé général :

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les *interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice*, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Je m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel ; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la *thérapeutique prudente et conservatrice,* je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou rési

gnée, mais déplorable de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée*, c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale*, le *curettage*, la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont, au point de vue préventif, des armes toutes puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration périutérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'*emploi systématique des méthodes indirectes*, qui permettent d'obtenir l'*évacuation du pus par voie utérine?* Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Valton; je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalgingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la méthode de Valton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du *traitement prophylactique* et de la *thérapeu-*

tique indirecte des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les armes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, je pense qu'elle n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus; l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal. Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers; et lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord *inciser* et *drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour permettre l'incision simple des collections pelviennes, je ne crois pas qu'on y trouve autre chose qu'une *méthode d'exception*. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne suffit pas que l'incision soit possible, il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes*, ou même certaines *hématocèles suppurées* dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques *rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne* dont Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Sur ce point je ne pense donc pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis; je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort

nombreux; et même, sans parler de la *ponction simple, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller* ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Or, S. Bonnet l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi sont passibles de la même réflexion : « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure qu'au « nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre ».

Le fait est évident pour les *incisions pariétales simples.* Leurs indications particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière*, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement; ce sont les incisions par voie *rectale, périnéale* et *sacro-coccygienne.*

Pour les premiers, point d'hésitation possible : *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération.* Pour *les interventions sacro-coccygienne* ou *périnéale* que certains chirurgiens semblent vouloir préconiser depuis quelques temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la *périnéotomie*

ou la *résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent la *laparotomie* ou l'*intervention par les voies naturelles.*

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont *l'incision par voie inguino-sous-péritonéale* et *l'incision par voie vaginale.* Comme je l'ai dit plus haut, l'une et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les *collections phlegmoneuses* proprement dites, ou même dans certaines *hématocèles suppurées.* Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections à *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds,* dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banal* de la *laparotomie sous-péritonéale* telle que la comprend Pozzi.

A son tour, l'*évacuation par voie vaginale* présente *deux variétés* principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus *sans ouverture du péritoine,* ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprements dits et pour les *pyosalpingites adhérentes.* Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses

doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'*évacuation par incision simple* doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications ; et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes*, de *pelvipéritonite*, d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie*, c'est à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le secret de susciter polémique plus violente ; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du *pamphlet* ce qui est peut-être beaucoup dire ! En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française », ou bien encore « un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières ». D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il « devant une nouvelle hystérectomie à commettre », leur délicatesse professionnelle à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité », etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis? Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objections, et dans les publications successives de Pozzi, de Le Dentu et de Doléris, pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour, et ce rapport en est la preuve; aux critiques de ses adversaires, elle peut opposer maintenant les communications concluantes de Reclus, de Terriilon, de Richelot et de Quénu à Paris; de Jacobs et de Rouffart à Bruxelles; pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent, chaque jour, de nouveaux succès; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères. Pozzi lui-même compte au nombre de ces convertis. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure ses concessions de toutes les restrictions possibles; mais, pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. Plus d'une fois déjà il a posé lui-même les indications de l'hystérectomie; il l'a pratiquée avec succès, et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toutes lettres que, « dans certains cas déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale *est parfois supérieure* à l'intervention par l'abdomen ». Pratiquée dans ces conditions, dit-il encore, « elle met les opérées dans de *très bonnes conditions de guérison* », et « elle permet un large drainage dont la déclivité assure l'*efficacité* ».

Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire

s'abusent étrangement, et pour qui douterait encore j'espère que les documents bibliographiques dont mon rapport ne manquera pas de faire mention seront enfin des arguments décisifs. En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve acceptent résolument la netteté de ses indicatioes d'une part, dans les *récidives de suppuration pelvienne après laparotomie*, et d'autre part dans *les pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples*. A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là même dont les préférences pour la laparotomie sont le moins déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale d'un très bon article publié il y a quelques mois par S. Bonnet. L'hystérectomie, dit-il, « sera *la ressource suprême* contre les cas complexes, heureusement rares, de *pyosalpinx* ou d'*ovaro-salpingites compliquées de pachy-pelvi-péritonite, de suppuration secondaire* du tissu cellulaire avec ou sans *fistules*. Elle sera aussi l'*opération de choix* après *échec* ou *insuffisance de la laparotomie*. Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'*incontestables services* ».

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie, dût-elle se contenter dans l'avenir de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous aurions à cœur de montrer c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables. Bref nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que *l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est*

aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, on le sait, la *gravité moindre*, *l'efficacité supérieure* et *l'absence de cicatrice*. Les chirurgiens qui ne veulent pas de l'opération de Péan, ripostent, je ne l'ignore pas, avec des *arguments contradictoires* dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais, pour des raisons précises dont je m'efforcerai d'établir toute la validité, nos préférences pour l'hystérectomie n'en demeurent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre changement de front, ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson Tait dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication et ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent ». Je possède maintenant plus de 92 observations personnelles : elles ne m'ont donné que 8 morts, et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le *pronostic immédiat* et le *pronostic d'avenir* que sur les *difficultés* ou les *dangers* de l'opération.

La tâche me sera d'autant plus facile que parmi ces objections il en est plus d'une dont la valeur est purement théorique. Tout ce qu'on a dit par exemple sur l'*impossibilité d'y voir*, sur l'*encombrement par les pinces*, sur l'*infidélité de l'hémostase*, sur la fréquence des *complications opératoires*, ou bien encore sur le *caractère incomplet de l'intervention*, est loin d'être exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses *écueils*, ses *dangers*, ses

imperfections, ses *difficultés* ou même ses *impossibilités*; mais, considération bien significative, celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons en outre que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une *guérison durable*, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'*ablation totale* de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la *supériorité thérapeutique* du résultat opératoire est moins évidente, mais elle *n'existe pas moins*. Et, qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques. Lorsque nous affirmons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'*atrophie* et la *transformation cicatricielle des parties respectées* sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une *épine quelconque susceptible de réveiller les lésions*, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après l'ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale *plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes, sans l'utérus*. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, *on respecte de parti pris les adhérences* qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que de ce chef l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus cruels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et pour nous il est démontré qu'au point de vue de la *sécurité* comme à celui des *ressources opératoires*, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au nouveau manuel de l'opération en conviendra très vite ; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'*hystérectomie par morcellement*, de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : le *morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive*, et le *morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante*. Je suis en effet persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leurs substituer la *section médiane* de Müller que Quénu et Routier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par les *débridements vulvaires* que Chaput vient de conseiller.

La section médiane de Quénu est à la vérité très commode *quand elle est possible*, mais *le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur*. Quant aux débridements vulvaires, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi non seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femmes à vulve très étroite hystérectomisées pour de volumineux fibromes. Mon expérience actuelle portant sur plus de 150 hystérectomies, j'espère

qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration.

Pour l'instant, je dois me borner à ces considérations. Toutefois, et sans préjudice de mon plaidoyer ultérieur, il est *deux objections générales* que je tiens à relever ici, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. *La première* est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi, « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Ici par conséquent « *point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité* ». Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » ou sur « les mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord, *il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité.* Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la Société de chirurgie à propos d'une communication de Nélaton, je prétends, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps.* Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il peut avoir en maintes circonstances. En résulte-t il que l'hysté-

rectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation ? Je ne le pense pas et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier :

Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses, peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui peut avoir trait aux indications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici comme tonjours, il faut agir selon sa conscience de clinicien et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à *la deuxième objection générale* qui nous est si souvent opposée : je veux parler des *difficultés du diagnostic* et, cette fois, je suis le premier à reconnaître le bien-fondé de cet argument capital sur lequel Lucas-Championnière a l'un des premiers très judicieusement insisté. « Admettons, disait-t-il, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelvienne, soit. Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus ? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie, ce qu'il peut y avoir d'irrémédiable dans l'hystérectomie. » Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répon-

dre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

A mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est *la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions périutérines*, et dès lors l'objection tombe d'elle-même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion et je le repète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement assurée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Tels sont les divers points que je m'efforcerai de démontrer par l'analyse de nos documents personnels. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès des chirurgiens qui suspectent le plus le bien-fondé de nos assertions. En tous cas, il verront, preuves en main, que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables; ils constateront qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; ils reconnaîtront même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets ; et lorsqu'ils sauront enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie peut être aurai-je la satisfaction infinie de voir plus d'un nouvel adepte se rallier à notre cause.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES (1)

Par **A. Martin** (Berlin).

Dans l'étiologie de la grossesse ectopique, les obstacles mécaniques à la progression normale de l'œuf, jouent un rôle capital, toutefois, on ne réussit pas à en démontrer la présence dans tous les cas. De toute manière, il faut que le point d'implantation de l'œuf, le terrain de nutrition soit à peu près sain. Le sperme doit, à travers la cavité utérine, arriver jusque dans la trompe. L'étiologie restera dans le domaine de l'hypothèse aussi longtemps qu'on n'aura pas réussi à préciser le point où, physiologiquement, se fait la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule.

L'insertion ovarique, bien que relativement très rare, est indiscutable. L'insertion tubaire est de beaucoup la plus fréquente, et, ici, la région ampullaire fournit le plus habituellement le point de greffe. Sur 56 cas de grossesses tubaires, il en fut ainsi; 34 fois l'œuf était dans la trompe droite, 22 fois dans la droite.

Immédiatement après la nidation de l'œuf, la caduque tubaire apparaît, et, généralement, elle se forme d'une façon irrégulière : l'œuf, semble-t-il, n'est jamais complètement enveloppé. La sérotine est constituée par une membrane moins uniforme que celle *in utero*. Le placenta fœtal, d'après les recherches faites jusqu'ici, ne diffère pas du placenta fœtal utérin. La musculeuse tubaire ne se modifie pas, ne se développe pas peu à peu, mais présente plutôt une atrophie accusée. Le péritoine est plus ou moins enflammé. La portion restante de la trompe n'a pour ainsi dire pas subi de modifications, seulement l'extrémité frangée est relâchée.

Sur 55 cas observés par Martin, 11 fois seulement le siège

(1) Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, septembre 1892, d'après le « *Cent. f. Gyn.* », n° 39, p. 771. R. L.

de l'insertion de l'œuf était sur le côté de la trompe tourné vers le ligament large. L'utérus augmente en volume, et se trouve en état d'hypertrophie générale. Constamment, et sous l'influence d'une sorte de solidarité physiologique, il y a formation d'une caduque utérine, qui, à la vérité, n'est pas absolument régulière. Elle peut en particulier rétrocéder tandis que l'œuf ectopique continue à se développer.

La grossesse ectopique, en général, se termine par *avortement tubaire*. Et celui-ci se fait, habituellement, durant les 3 premiers mois :

Dans le	1er	mois.	15 fois.	Dans le	6e	mois.	2 fois.
—	2e	—	13 —	—	7e	—	1 —
—	3e	—	11 —	—	8e	—	2 —
—	4e	—	7 —	—	9e	—	1 —
—	5e	—	4 —				

Une seule fois, Martin est intervenu, l'enfant étant vivant.

Le plus souvent, l'interruption de la grossesse est la conséquence inévitable du défaut de parallélisme entre le développement de l'œuf et de son contenant.

L'*avortement tubaire* — c'est-à dire l'évacuation de l'œuf à travers l'*ostium abdominale* — est très fréquent. Martin pense que le durcissement de la trompe et les coliques tubaires sont les effets de l'irruption du sang par l'oviducte.

L'avortement a lieu parce que les vaisseaux nouvellement formés, et à parois délicates, éclatent à cause de l'absence d'une musculature vigoureuse. Il ajoute qu'on observe nombre de guérisons sans qu'on ait opéré, mais en faisant soigneusement remarquer que, dans ces cas, la guérison est toujours fort lente, et que même, tout danger de shock ayant disparu, on n'est pas à l'abri d'accidents de putréfaction, de suppuration.

Très souvent, il existe de la péritonite circonscrite, localisée dans le bassin.

Martin cite, d'après Schauta, 241 cas livrés à eux-mêmes :

Rupture, hémorrhagie libre dans la cavité abdominale..	128
Rupture avec formation d'hématocèle, péritonite.......	22
Rupture dans l'intestin............................	34
Rupture dans la vessie.....	9
Rupture à travers la paroi abdominale...............	5
Rupture dans le vagin.............................	4
Expulsion par l'utérus.	6
Incarcération (iléus)................................	4
Lithopœdion sans douleurs..........................	9
	241

Lui-même a observé 5 cas, tous suivis de mort. Rarement, on observe le complexus symptomatique de la grossesse normale, mais, toujours, il existe quelques symptômes de gestation. Au début, la menstruation est irrégulière, souvent elle se supprime durant un temps plus ou moins long ; en beaucoup de cas, elle est excessive ou diminuée, fréquemment enfin survient une hémorrhagie continue. Durant les 3 premiers mois, il s'agit d'un diagnostic de probabilité. Les symptômes essentiels consistent dans l'apparition périodique des douleurs et dans le collapsus d'origiue anémique.

Retativement au *pronostic*, l'enfant n'entre pas en ligne de compte, car, la plupart du temps, il meurt avant le terme. Quand, par hasard, l'enfant survit jusqu'au terme, la vie de la mère et celle de l'enfant sont encore exposées à taut d'éventualités, qu'il faut, dans l'intérêt de la mère, se désintéresser de l'enfant. Le pronostic pour la mère varie beaucoup. Sur 241 cas, où l'on intervint, 31 0/0 mères guérirent, 68,8 0/0 succombèrent. Sur 585 cas, où l'on intervint, 76,6 0/0 mères guérirent, 23 0/0 succombèrent. Martin a réuni les chiffres de Schauta jusqu'en 1892, et il a trouvé que sur 265 cas, abandonnés à eux-mêmes, 36,9 0/0 mères furent sauvées et sur 515 où l'on intervint, 76,7 0/0.

Il faut intervenir toujours de bonne heure par la laparotomie, à défaut de quoi les femmes sont exposées aux ennuis et aux risques d'un long marasme.

Martin ne croit pas les injections de morphine (méthode

de Winckel) suffisamment efficaces, parce que, même après la mort du fœtus, des hémorrhagies avec toutes leurs conséquences graves, peuvent survenir.

L'électricité, il la rejette. Avec Tait, Veit, Werth et Pozzi, il est pour l'extirpation complète de l'œuf.

En réalité, dans le plus grand nombre des cas, l'énucléation totale de l'œuf est possible, rarement, l'on se trouvera dans la nécessité de recourir, comme dernière ressource, à la suture de la poche ovulaire à la paroi abdominale et au drainage par le vagin (suivant la méthode proposée en 1881, par l'auteur, au Congrès de Londres).

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR GUÉRIR LES FLEXIONS UTÉRINES (CUNÉIHYSTÉRECTOMIE)

Par le professeur **Thiriar** (Bruxelles) (1).

Messieurs, nos moyens chirurgicaux, orthopédiques ou opératoires, nous permettent actuellement de remédier complètement à certaines déviations utérines, telles que le prolapsus, la rétroversion ou la rétroflexion; seule, l'antéflexion de l'utérus n'a pas encore bénéficié des progrès de la gynécologie opératoire. Son traitement a peu varié, il se résume à faire disparaître dans la mesure du possible, les symptômes morbides accusés par la malade.

Tous les moyens employés contre l'antéflexion ont été jusqu'ici infidèles, quelques-uns sont mêmes dangereux et, si on réussit quelquefois à soulager la patiente, on n'a guère l'espoir de guérir radicalement cette déviation. Seule la méthode de Brandt (massage suédois) est peut-être assez efficace, mais elle exige beaucoup de temps et de patience de la part de la malade, beaucoup d'expérience et certaines aptitudes spéciales chez le gynécologiste. Ce sont là des

(1) Communication au congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, septembre 1892.

conditions que les malades de la classe riche peuvent rencontrer, mais qu'il est bien difficile d'accorder aux malheureuses qui ont besoin de travailler pour vivre. Ce sont ces considérations qui m'ont conduit à pratiquer la cure radicale de l'antéflexion utérine par une opération que j'appellerai cunéihystérectomie.

Cette opération consiste à faire subir au point le plus saillant d'une courbure de flexion utérine une perte de substance cunéiforme à base ellipsoïde. En suturant les bords de l'avivement, on obtient ainsi le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique.

C'est là le but de la thérapeutique et la cunéihystérectomie réalise un progrès sérieux. En résumé, j'ai appliqué aux flexions utérines la résection cunéiforme qui réussit si bien dans les ankyloses angulaires du genou.

La malade que j'ai opérée de la sorte est une femme de 22 ans sans profession, accouchée normalement il y a 18 mois. Les règles ont toujours été douloureuses ; mais c'est depuis 5 mois seulement qu'elle a de véritables crises à l'époque menstruelle : vives douleurs, nausées, vomissements. Dans l'intervalle des époques, la leucorrhée était abondante et la miction était toujours difficile.

Entrée dans mon service le 21 juin dernier, il me fut facile de constater l'existence d'une antéflexion complète. Le col était fléchi sur le corps à angle aigu.

L'hystéromètre redressait cette déviation ; j'essayai l'emploi d'un pessaire qui ne fut pas supporté.

Le 7 juillet je pratiquai la cunéihystérectomie. Je fis une incision de 12 centimètres à la paroi abdominale.

Mon 1er assistant, le docteur Du Pré, refoula les intestins de façon à vider le fond du bassin et j'attirai le plus possible l'utérus au dehors au moyen d'une pince érigne. Sur l'angle postérieur saillant de la flexion, je fis un avivement elliptique de 2 centimètres environ de large et comprenant toute la largeur de la matrice. Le lambeau enlevé comprenait tout le tissu utérin jusque la muqueuse non comprise.

L'hémorrhagie fut peu abondante; je réunis alors les bords de cet avivement au moyen de 5 points de suture en catgut n° 2. L'utérus fut dès lors parfaitement redressé et, abandonné à lui même, il conservait sa position nouvelle. Le ventre fut refermé par 3 plans de suture et un tampon de gaze iodoformée fut placé dans le vagin pour soutenir l'organe opéré.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses. La plus haute température observée fut de 37°,6.

A différentes reprises je constatai le résultat parfait de mon opération. L'opérée quitta l'hôpital le 4 août.

Le 6 septembre, l'ex-malade me fit savoir qu'elle n'éprouvait absolument plus aucune douleur. Elle avait eu ses règles la semaine précédente sans aucune difficulté; « elle était admirable de santé », selon son expression.

Cette opération vient, je pense, combler une lacune dans le traitement des déviations utérines ; elle est tout aussi applicable à la rétroflexion qu'à l'antéflexion. A la rétroflexion nous pouvons déjà opposer l'hystéropexie ou l'opération de Deneffe-Alexander ; nous étions à peu près désarmés contre l'antéflexion.

La cunéihystérectomie n'est pas, il est vrai, très facile à exécuter ; après la laparotomie, il faut vider en quelque sorte le petit bassin et réséquer le coin utérin dans la profondeur de l'abdomen,mais, avec un peu d'habitude, on y parvient et on a tout au moins la perspective de procurer une guérison radicale à des malheureuses qui, sans cela, sont condamnées à souffrir indéfiniment. On peut également comprendre la muqueuse utérine dans la résection, il faut alors au préalable assurer l'antisepsie parfaite de la cavité utérine par un curettage soigné et une désinfection minutieuse ; le redressement utérin serait ainsi plus complet et la stabilité de la position physiologique de la matrice, plus certaine.

On ne peut pas encore actuellement porter d'appréciation sur la valeur du procédé, car il n'a été mis en pratique que dans un seul cas.

L'avenir nous édifiera sur son importance.

LA KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE *(Fin)* (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

GYMNASTIQUE

On devrait généralement savoir que le Suédois Ling est l'inventeur célèbre d'une gymnastique fort différente de la nôtre, car les exercices de force et d'adresse en sont à peu près exclus. Elle recherche l'équilibre des fonctions par un travail égal des groupes musculaires et convient également aux forts et aux débiles, aux enfants, aux adultes, aux vieillards. La médecine devait tirer parti de cette idée géniale ; elle y ajouta le massage dont certaines pratiques étaient déjà comprises dans le système de Ling Ainsi se trouva créée en Suède une thérapeutique nouvelle qui prit essor sous l'impulsion de docteurs et de professeurs distingués. Le système est fondé sur le principe des mouvements à résistance. Celle-ci est exercée par le gymnaste ou par des machines (école de Sanders) ; mais quel que soit le mérite de ces ingénieux mécanismes, le gymnaste moins automate conserve sa supériorité. Les appareils dont il se sert sont peu nombreux, simples et bien imaginés. La plupart des procédés aujourd'hui usités un peu partout pour le redressement des déviations, sans violence ni emprisonnement du corps, ont une origine suédoise, et telle invention née à Stockholm, y revient parfois par la Russie, l'Allemagne ou la France, dénaturée plus souvent que perfectionnée, quelquefois adaptée à des usages différents de l'usage original. Tel est l'appareil suspenseur dont on a fait usage pour les ataxiques.

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1892, août, p. 81, et septembre, p. 189.

Le principe de la gymnastique suédoise, est donc la mise en jeu, isolément, des divers groupes musculaires. Jamais on ne pousse les exercices jusqu'à la lassitude et ils sont précédés, suivis et accompagnés de mouvements respiratoires profonds qui activent la circulation, la vivifient et procurent une sensation de détente. C'est peut-être à l'emploi de la gymnastique de Ling que Suédois et Suédoises doivent la conservation de leur belle prestance atavique ; mais c'est en tous cas à elle — et ceci nous intéresse particulièrement au point de vue médical — que beaucoup d'entre eux sont redevables de ne pas souffrir de divers excès. Elle est hygiénique par excellence. Plusieurs nations possèdent aujourd'hui des établissements semblables à ce qu'on nomme à Stockholm, instituts de gymnastique et de massage. La France est, je crois, le seul grand pays, qui ait abandonné leur création à l'initiative individuelle. C'est un officier de l'armée suédoise, du nom de Schenström, notre hôte il y a peu d'années, qui, sans se laisser rebuter par les difficultés, fonda en 1874 un établissement de ce genre, et par sa conviction persuasive, par son honorabilité, surtout par les preuves péremptoires qu'il donna des bienfaits du système de Ling, sut se conquérir et lui conquérir l'estime des médecins auxquels il la fit connaître.

Brandt a eu l'idée d'associer la gymnastique de Ling à son traitement des maladies des femmes. Il l'a fait d'une intelligente et heureuse façon. On peut dire, tant les résultats sont encourageants, que les mouvements musculaires sont le complément indispensable du massage. Sans eux on n'aura dans bien des cas que des demi-succès, et ils sont capables à eux seuls de guérir certains troubles de fonction. *Ils agissent* **localement**, *sur les organes génitaux*. Je parle par expérience. Avant de les connaître, je me figurais qu'ils avaient tout au plus une action générale tonique, et j'étais disposé, à l'image des médecins allemands, à les rejeter comme un inutile *impedimentum*, ou à les abandonner aux hommes de profession. Je comprends aujourd'hui que c'est une grosse

faute, née d'un jugement superficiel. On la commet d'autant plus volontiers que les mouvements musculaires exigent une véritable et toute nouvelle étude, et leur pratique une attention soutenue, sans parler de la dépense de force. Si l'opérateur ou le malade sont distraits et agissent machinalement, la gymnastique se borne à des attitudes grotesques, à des gestes télégraphiques ridicules pour qui n'en saisit pas le sens, et ses effets sont nuls.

Je classerai les mouvements d'après l'interprétation physiologique très générale qu'on en peut donner, comme j'en résumerai autant que possible la description d'après le nom anatomique des groupes musculaires mis en jeu. Cette nomenclature me semble au point de vue didactique préférable à la terminologie suédoise d'ailleurs presque intraduisible. Ainsi, au lieu de dire : écart et rapprochement alternatif des cuisses, je dirai, si le groupe des abducteurs doit se contracter seul : mise en jeu des abducteurs avec résistance du médecin à l'écart des genoux et résistance du malade à leur rapprochement. De cette façon il n'y a pas d'erreur possible ; mais il faut savoir que les mouvements gymnastiques se montrent beaucoup mieux qu'ils ne se décrivent dans un livre ou se représentent par des figures.

La gymnastique gynécologique doit être divisée en trois séries de mouvements : la première décongestionnante des organes pelviens ; la seconde congestionnante ; la troisième destinée à fortifier la musculature pelvienne.

Je me bornerai, dans cette brochure, aux mouvements gynécologiques proprement dits, les plus éssentiels faisant ressortir l'importance de la gymnastique comme moyen curatif local et génital ; mais il importe de savoir qu'à côté de ceux-là il en est d'autres relevant de la gymnastique générale suédoise qui employés avec le massage constituent un précieux secours contre les réflexes dont souffrent les femmes atteintes d'affections du bas-ventre.

Mouvements décongestionnants. — Dans cette série on fait agir isolément ou simultanément le groupe des abduc-

teurs fémoraux et les muscles du dos. Médecin et malade sont tous deux actifs. L'effort général est interdit. La malade doit respirer librement. Les deux exercices les plus importants sont les suivants :

1° *Action réunie des abducteurs fémoraux et des muscles du dos.* — La femme est couchée sur le dos dans l'attitude qu'elle prend pour le massage ; mais les pieds un peu renversés sur leur bord externe, se touchent et se fixent l'un contre l'autre par leur bord interne. Sur l'ordre du médecin, la femme soulève le siège en haut en prenant son point d'appui sur la nuque et les épaules Elle se cale à droite et à gauche au moyen des coudes. Alors le médecin rapproche les genoux jusqu'au contact, la malade contractant les abducteurs fémoraux pour résister à l'effort de l'opérateur. Puis elle écarte les cuisses, le médecin résistant à son tour. Le va-et-vient est répété huit à dix fois, avec intervalle de repos s'il y a lieu. Le médecin est assis à gauche de la malade ; sa main droite embrasse le genou gauche, sa main gauche est posée à plat sur la face externe du genou droit et bien au milieu de façon à faire porter l'effort ou la résistance sur une large surface ; mais sans exercer de pesée. Si la malade exécute mal le mouvement, résiste par soubresauts, ou inégalement, une cuisse travaillant plus que l'autre, le médecin se mettra en face d'elle, un genou sur le canape, ou debout et courbé ; mais cette attitude est fatigante pour lui. La malade doit respirer librement. Ce n'est pas un effort général, c'est un effort local.

2° *Action des muscles du dos seuls.* — La femme est assise sur un tabouret au bord même du siège, jambes écartées. Elle se penche en avant et étend ses bras en avant et en haut, la tête en extension. Le médecin placé à une hauteur suffisante pour dominer la malade, saisit ses mains par le carpe, alors la malade fléchit les avant-bras et ramène les coudes très en arrière, les faisant passer à distance du corps. Le médecin résiste à ce mouvement, pendant lequel la malade efface la poitrine. Puis elle revient à

sa première position. La manœuvre est répétée cinq ou six fois et toujours terminée en flexion des avant-bras. **Quand elle est bien exécutée, la malade éprouve une sensation de chaleur marquée le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale.**

Mouvements congestionnants. — Dans cette série on n'agit pas sur des groupes musculaires isolés. On provoque l'afflux du sang vers le bassin par l'action simultanée de plusieurs groupes, par des attitudes fatigantes, par l'excitation directe, par l'effort, ou au contraire par des mouvements passifs. La malade est tantôt fortement active, tantôt inerte ou passive.

Voici quelques types de ces diverses variétés :

1° *Mouvement actif. Attitude fatigante. Effort.* — La malade, debout devant un siège, tabouret de hauteur moyenne, auquel elle tourne le dos, fléchit une jambe et pose la face dorsale des orteils sur le tabouret. Elle est donc en équilibre sur un seul pied. Le mouvement est composé de quatre temps : 1er *temps :* la femme se dresse sur la pointe du pied; 2e *temps :* elle fléchit la jambe et la cuisse ; 3e *temps :* elle redresse la jambe et la cuisse; 4e *temps :* elle pose le talon à terre.

Cet exercice se répète alternativement sur les deux membres. Il peut être exécuté par la femme seule qui alors place les mains sur les hanches en effaçant la poitrine et tenant la tête droite; mais il est plus actif si les bras sont dressés verticalement au-dessus de la tête. Seulement l'équilibre devenant instable, la femme doit être légèrement maintenue à droite et à gauche, ou mieux encore par les deux mains qu'elle lève haut.

2° *Mouvement passif.* — La femme étant étendue sur le dos, à demi relevé, elle fléchit la cuisse sur le bassin. L'opérateur saisit le talon d'une main, la plante du pied s'appuyant sur l'avant-bras ; de l'autre main, il empoigne la jambe sous la rotule et fait exécuter des mouvements de circumduction à l'articulation coxo-fémorale, de dedans en

dehors. Un aide maintient l'autre membre. L'exercice est répété alternativement sur chaque membre. Plus le cercle tracé par le genou du membre mis en rotation est régulier, meilleur est le gymnaste.

3° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque. C'est l'exercice décrit dans les livres de massage sous le nom de hachures et tapotements. La percussion du dos se fait de haut en bas et de bas en haut à droite et à gauche de la colonne, à quatre ou cinq reprises, avec le bord cubital des mains, poignet très souple, avant-bras et bras fixes, doigts écartés, l'auriculaire frappant le premier et par sa phalangette. Elle est précédée de deux ou trois passes rapides de haut en bas, de la paume des mains embrassant dans leur concavité l'épine dorsale.

Pour la percussion sacro-iliaque on se sert du poing lâchement fermé. On frappe avec la face dorsale des phalangettes, à trois reprises différentes et dans trois directions : oblique, sacrée et transverse : 1° de la crête iliaque droite ou gauche au côté correspondant de la pointe sacrée ; 2° sur la crête sacrée de la base au sommet ; 3° sur la base du sacrum. **Le poignet doit être délié, les coups toujours fermes, quelquefois forts, mais élastiques, point trop rapides et donnés avec d'autant plus d'insistance qu'on veut produire plus de congestion.** Pendant la percussion sacro-iliaque, l'opérateur, placé à gauche de la malade, soutient le bas-ventre de sa main libre. **La femme est debout et droite, les mains appliquées au mur, les jambes écartées.**

Mouvements développant la musculature pelvienne. — Destinés surtout aux prolapsus, ils consistent : 1° dans la mise en jeu des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal ; 2° dans les excitations directes.

1° *Action des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal.* — La position de la femme et du médecin est celle que j'ai décrite pour le jeu des abducteurs. Seulement le médecin résiste au rapprochement et non à l'écart des genoux. Brandt et le professeur Preuschen disent que dans cet exer-

cice le releveur se contracte. Cela est probable, en effet, puisque par le rapprochement énergique des cuisses on a la sensation nette d'une contraction des muscles périnéaux inférieurs. Brandt recommande aux malades atteintes de prolapsus du rectum, de croiser plusieurs fois par jour les jambes et d'exécuter le mouvement qu'on fait pour retenir une selle. Même conseil pour le prolapsus utérin. La clinique nous enseigne que certaines femmes, dont le périnée est à peine entamé, ont la sensation d'une insuffisance de soutien et un degré variable de prolapsus, tandis que d'autres ont un cloaque, avec déchirure de quatre ou cinq centimètres de la cloison, sans que l'utérus s'abaisse d'une ligne. Cela prouve que la couche musculaire du périnée joue un rôle secondaire dans le maintien des organes génitaux, mais elle joue un rôle et c'est sur elle qu'agit la gymnastique de Brandt.

2° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque que j'ai décrite plus haut ; **mais la femme n'est plus en station verticale**. Elle est sur pieds, mais tellement penchée en avant, qu'elle tomberait si elle n'avait un appui pour ses mains, et la percussion est pratiquée rapidement, sans insistance. Ce n'est plus une excitation forte qu'on cherche, mais une excitation légère, et partant un effet directement opposé, la contraction et non la dilatation des vaisseaux, la décongestion et non la congestion.

La femme conserve ses vêtements, dénoués, dégrafés, flottants, pendant les exercices gymnastiques. Ils se pratiquent d'ordinaire par séries, toujours terminées et quelquefois interrompues par ce qu'on appelle mouvement indifférent ou de repos, c'est-à-dire, par exemple, quelques mouvements respiratoires passifs, profonds qui procurent une sensation de détente et de bien-être.

Les exercices appliqués par Brandt à la gynécologie sont nombreux. *Ils exigent de la part de l'opérateur du savoir, de l'expérience et surtout* **une constante attention ;** *de la part de l'opérée plus d'intelligence qu'on ne croirait* et la **même**

constante attention. Autrement, ce sont, je le répète, d'inutiles et ridicules gestes télégraphiques. J'insiste encore sur ce point. La première fois que j'en ai été spectateur, je n'ai pu me défendre d'une grande incrédulité. Quand je les ai expérimentés, mon scepticisme s'est évanoui. Leur puissance est remarquable ; **mais il faut qu'ils soient bien exécutés.** Un des médecins qui se sont le plus occupés de cette gymnastique, le Dr Lindblom, m'écrivait récemment à ce sujet : « l'effet des mouvements est d'ordinaire excellent; quelquefois il est nul ». Ai-je eu personnellement ce qu'on appelle, série heureuse? Je ne sais, mais je pense actuellement que, dans les cas où l'effet est nul, les mouvements sont mal exécutés. Je dis mal exécutés, je ne dis pas mal donnés, puisque le Dr Lindblom opère à l'Institut central de Stockholm, d'où sortent les meilleurs gymnastes. J'ai remarqué que quelques malades, nerveuses, molles, peu attentives, arrivent avec peine à une bonne exécution, quand elles y arrivent. Il faut que le médecin soit très patient, jamais pressé d'en finir et sache enseigner. De plus, dans certains cas, en particulier dans les hémorrhagies, les exercices doivent être répétés deux et trois fois par jour. C'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé.

V. — Effets physiologiques du traitement.

A) Massage. — Le premier, le plus constant, parfois le seul effet du massage est la disparition de la douleur. J'insiste de nouveau sur la propriété analgésique de l'opération bien conduite. La douleur qu'elle fait subir doit être aisément supportée et cesser en même temps que l'opération. Un massage dans lequel la force est employée d'emblée, outre les inconvénients locaux auxquels il expose, produit durant les heures qui suivent la séance, des troubles généraux : courbature, sueurs froides, tremblements. Tout cela est évité par ce que j'ai appelé préliminaires analgésiques. Comment agit-on? Sans nul doute sur l'innervation et le

système circulatoire, mais ce massage préparatoire est parfois si superficiel, que je me demandais lors de mes premiers essais, si en réalité j'avais une action quelconque. Tous ceux qui m'imiteront se poseront la même question, et, après quelques séances, se rendront à l'évidence. Je crois qu'on agit non seulement par la main extérieure, mais par le doigt qui touche. Il ne fournit pas seulement un point d'appui. Lorsque j'ai visité les salles de massage de l'Institut central de Stockholm, j'ai été très frappé du fait suivant : Une malade était assise devant un élève qui appuyait sur la région du cœur, la pulpe de trois doigts. Tous deux étaient plus immobiles que des statues. Je demandai au Dr Levin qui m'accompagnait, pourquoi on prolongeait ainsi ce qui me semblait être une simple exploration. « Ce n'est pas une exploration, me répondit-il, c'est du massage » ; et lisant sur mon visage plus que de la surprise, il posa lui-même la pulpe de trois doigts sur la face dorsale de ma main. Je perçus aussitôt dans la profondeur des tissus une sensation de *thrill* caractéristique. Impossible cependant de saisir la plus légère vibration apparente des doigts. Puis il me conduisit près d'une malade et me dit de prendre son pouls que je trouvai petit et irrégulier. Le Dr Levin appliqua ses doigts à nu à gauche du sternum, et peu après, les pulsations se régularisaient, prenaient de l'ampleur, et diminuaient de fréquence. Tous ceux qui ont visité l'Institut central de Stockholm, ont été témoins de faits analogues. Je suppose que dans le massage des organes génitaux le doigt intérieur, bien qu'immobilisé, agit par une vibration inaperçue, analogue à celle dont je viens de parler.

Quoi qu'il en soit, alors même que la main extérieure et le doigt qui touche ne se transmettent aucune sensation parce que les tissus sont trop douloureux pour être déprimés, ils opèrent efficacement l'un et l'autre et probablement l'un par l'autre. J'ai toujours vu, jusqu'à présent, par le massage préliminaire, les réflexes exaltés se calmer. J'admets qu'il y ait une part à faire à l'accoutumance; mais il y a certaine-

ment effet analgésique. Il convient même d'ajouter antiphlogistique. L'opérateur sent quelquefois dès la seconde ou troisième séance, d'ordinaire après plusieurs, mais en tous cas d'autant plus vite que l'affection est plus récente, un changement de consistance des masses paramétritiques. Il y a déplétion vasculaire lymphatique et sanguine, à condition que le traitement soit bien conduit, car l'opérateur est maître de congestionner ou décongestionner le pelvis, soit par le massage, soit par les mouvements musculaires.

Par un massage léger, superficiel et court, on excite les vaso-constricteurs, on empêche les stases sanguines, on précipite les courants. Par un massage vigoureux, on produit l'effet contraire. On augmente les hémorrhagies, on paralyse momentanément les vaisseaux. Le D[r] Lindblom (1) dans une brochure où il a minutieusement décrit l'augmentation de volume de l'utérus par le massage, s'étonne de ce que l'hémorrhagie s'arrête malgré la congestion de l'utérus. Il me semble que l'explication que je viens de donner est plausible. En tous cas, elle est d'accord, aussi bien que mes observations, avec des faits connus et incontestés.

J'ai observé les phénomènes suivants, dans les cas de métrorrhagies : au moment où l'index est introduit, sa pulpe appliquée dans le cul-de-sac vaginal droit, perçoit les battements de l'artère utérine dont les pulsations sont énergiques. Après un massage court, et très léger, une sorte d'effleurage de la face utérine postérieure, les pulsations sont moins fortes, puis elles disparaissent et ne peuvent plus être perçues par le toucher seul; mais elles reparaissent par l'exploration bimanuelle, en comprimant l'organe entre les deux mains. A l'affaiblissement des pulsations, correspond une contraction de l'organe; à leur disparition, une diminution de volume qui peut être de moitié, même pour un utérus petit. A ce moment l'organe est mou; on dirait que les parois se sont vidées. Que le massage soit léger et bref, qu'il soit

(1) Publication allemande : « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* ». Band XXII. Heft 1.

fort et prolongé, on observe dans les deux cas, à de rares exceptions près : 1° une turgescence, une sorte d'érection de l'organe qui s'élargit et dont les cornes s'accusent; 2° une contraction pendant laquelle l'utérus se rapproche de la forme sphéroïdale; 3° une diminution parfois considérable de l'utérus redevenu mou. Ce dernier phénomène est d'autant plus marqué, et plus prompt à paraître, que le massage a été plus léger et plus rapide. Donc dans les deux sortes de massage, léger et fort, on congestionne au début, mais dans la première sorte la déplétion est rapide.

On doit tirer parti de cette notion pour le traitement des métrites hémorrhagiques ; elle explique comment Brandt, en bon clinicien, recommande en pareil cas la légèreté de main. *Elle explique encore comment ceux qui confondent massage et pétrissage, ont pu écrire que le traitement augmentait les écoulements menstruels et abrégeait la période intercalaire, tandis que c'est le contraire qui est vrai, lorsqu'on sait conduire l'opération,* **et qu'on pratique le traitement complet, massage et gymnastique.**

Quant aux exsudats, ce n'est pas seulement par le degré de force employée qu'on les congestionne ou décongestionne, c'est surtout par le massage central et périphérique. Ce dernier ouvre et prépare les voies efférentes qui restent fermées, si on agit sur le centre de la tumeur, d'emblée. Lorsque j'ai commencé à pratiquer le traitement de Brandt, je ne m'expliquai pas pourquoi des tumeurs œdémateuses paramétriques, tantôt grossissaient, pendant la séance, tantôt disparaissaient au point de s'évanouir presque complètement. C'est en analysant ma manière de procéder que j'ai compris l'importance du massage périphérique. Ces phénomènes de congestion et de décongestion, d'accélération et de régularisation, ou de ralentissement et de stase des courants, ont une importance capitale, et je conçois maintenant comment Brandt, avec sa main incomparable, ait pu tirer parti de cette observation pour tenter le développement d'utérus infantiles et y réussir, à ce qu'il m'a affirmé.

A ces effets sur l'innervation vasculaire et par un naturel contre-coup s'ajoutent d'autres effets sur la fibre musculaire et sur les muqueuses. On sent sous la main l'utérus et les trompes hypertrophiées se contracter. On assiste à la modification des sécrétions du corps et du col, à l'involution et régression de l'organe. Ce n'est pas tout, on agit puissamment sur **les ligaments dont l'intégrité au point de vue des libres fonctions de l'appareil génital est aussi importante que l'intégrité de la plèvre pour le jeu des poumons.** Le massage, des extensions prudentes détachent les adhérences, et l'élévation rend au système suspenseur utéro-tubo-ovarien, sa tonicité.

B) Élévation. — Les effets physiologiques de l'élévation se résument en effet, à mon sens, dans le rétablissement de la tonicité ligamenteuse à laquelle il convient d'ajouter pour les prolapsus, l'involution de l'utérus hypertrophié par le retour de la circulation normale.

La contraction des appareils ligamenteux qui relient l'utérus au bassin est indiscutable. Boivin, Deville, Hélie (de Nantes), Luschka, Rouget, Spiegelberg ont démontré l'abondance des fibres musculaires et décrit leurs nappes et faisceaux, augmentés de nombre et de volume pendant la grossesse. Velpeau affirmait l'action des ligaments ronds. Thévenot a mis la chose en lumière dans un mémoire très intéressant. J'ai moi-même publié plus de vingt observations personnelles (1) qui prouvent cliniquement le fait ; mais il ne faut pas limiter l'action contractile aux ligaments ronds qui, à mon avis, ne jouent pas de rôle prépondérant. Cette action s'étend à tout le système qui enveloppe l'utérus comme le filet enveloppe un ballon. Il ne faut pas davantage croire qu'elle se manifeste seulement pendant la grossesse ; elle existe pendant la vacuité utérine. La gravidité la développe ou la diminue, mais ne la crée pas.

J'ai parlé à diverses reprises, en décrivant l'élévation,

(1) Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide. *Union médicale*, 5, 7, 12 juillet 1887.

d'extensions prudentes, arrêtées au point précis où la résistance commence, ou qui la dépassent très doucement, et de vibrations légères. Que fait-on pendant l'élévation? Dans le premier temps — ascension — on exécute une légère vibration, puis tantôt on suspend la manœuvre au moment où la tension se manifeste, en la maintenant un court espace de temps, cinq ou six secondes. Tantôt on la dépasse si un allongement est nécessaire mais très graduellement. Dans le second temps — abandon — on laisse aller l'utérus tantôt rapidement tantôt lentement. Que fait-on? Dans le premier cas on réveille la contractilité. Les cinq secondes de tension, la descente rapide jouent le rôle d'un stimulant. Dans le deuxième, par des élongations parésiantes, on lutte contre la contracture.

Ce serait une erreur de restreindre l'élévation au prolapsus utérin et aux déviations. Étant donnée la constitution anatomique de l'appareil suspenseur, je rappelle au point de vue anatomo-pathologique combien il est rare dans les dissections et autopsies de trouver le système génital sans altérations et sans adhérences, au point de vue clinique, combien on est fréquemment consulté par des femmes qui souffrent et chez lesquelles une exploration sans finesse, ne découvre rien ou peu de chose, et une exploration délicate, des roideurs, des duretés, des épaississements, des tiraillements douloureux, là où doit régner la souplesse et où l'étirement ne doit pas causer de souffrances, je rappelle enfin, au point de vue physiologique, ce que j'ai dit plus haut, qu'à mon sens l'intégrité de la séreuse utéro-tubo-ovarienne avait l'importance de l'intégrité de la séreuse pulmonaire et l'on comprendra le rôle capital que joue la manœuvre de Brandt. L'élévation, par ses extensions mesurées, contribue à cette *libération des organes*, sans laquelle il n'y a point de santé génitale, et qui est à mon avis l'un des bienfaits du traitement. Elle substitue la contraction au relâchement, l'élasticité à la contracture. C'est le retour à la tonicité sans laquelle il n'est point d'innervation ni de circulation normales.

C) Gymnastique. — Les mouvements musculaires dont l'action est locale, sont dérivatifs ou congestionnants. Je ne veux pas sortir de ces généralités physiologiques et préfère démontrer simplement le bien-fondé de cette classification en disant à quels résultats cliniques ils m'ont conduit. On comprendra alors *pourquoi je les prône et quelles raisons j'ai d'en avoir bonne opinion.*

VI. — **Résultats cliniques du traitement.**

Pour être au clair sur l'efficacité de la gymnastique, **comme moyen curatif local,** j'ai pensé qu'il n'y avait rien de mieux que de traiter *par elle seule* des cas d'irrégularités menstruelles. Il s'agissait de femmes ou de vierges mal réglées et, dans la majorité des cas, de menstruation trop fréquente. Parmi elles je signale une femme soignée depuis quatre mois par le repos absolu au moment des époques que quinze jours à peine séparaient. Lorsqu'elle se levait, l'écoulement augmentait et avait peine à tarir. Un seul exercice gymnastique fut institué, celui des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux, mais bien exécuté et cela trois fois par jour. Dès le premier mois l'écoulement ne reparut qu'à l'époque normale (vingt-huitième jour) et ne dura que cinq jours au lieu de huit ou dix. Il y eut une sorte de lutte vers le vingtième jour, le molimen hémorrhagicum fit apparition, mais non pas le sang. Le mois suivant les mouvements furent exécutés sans soin puis abandonnés par la malade qui se croyait régularisée pour toujours. Le sang reparut le vingt-deuxième jour et elle se mit au lit. Je fis reprendre de suite les mouvements et lui dis de se lever. L'écoulement dura cinq jours et depuis la menstruation s'est régularisée. Je pourrais citer encore d'autres faits. Je me contente d'ajouter que la même gymnastique a réussi d'emblée sur plusieurs jeunes filles inutilement traitées par les médicaments et l'hydrothérapie, et je dirai tout à l'heure comment j'ai vu le massage employé

seul échouer dans des cas de métrorrhagies et réussir dès que les mouvements dérivatifs lui vinrent en aide. *Bref, bien que je ne sois pas encore au clair sur certains points du traitement de Brandt, je le suis, de par les faits, dès maintenant sur la* **valeur curative locale de la gymnastique. Elle constitue un puissant moyen thérapeutique.**

Je me propose de publier *in extenso* mes observations prises au jour le jour, en notant ce que je faisais ou constatais. C'est, je crois, avec la démonstration clinique et orale, le meilleur moyen d'enseigner la technique du traitement; mais ici je me bornerai à indiquer les résultats.

Après mon premier voyage, j'ai débuté dans la pratique par des cas simples, propres à exercer la main. A cette époque j'étais disposé, comme beaucoup de ceux qui ont abordé la même étude, à considérer le massage non seulement comme la partie capitale du traitement, mais comme la seule qui eût quelque importance. Les cas que j'ai traités alors l'ont donc été par le massage seul. Il s'agissait d'utérus en subinvolution avec métrorrhagies, et de rétroversions mobiles mais douloureuses.

La première métrorrhagie que j'ai soignée avait pour origine probable une fausse couche datant de trois mois. Après un léger retard de règles la femme avait perdu du sang et quelques caillots, ce qui ne lui arrivait jamais ; croyant au retour de la menstruation, elle ne s'était pas alitée. La conséquence fut que l'utérus continua à saigner par intermittence. Je commençai par un traitement justement réputé : injection d'eau à 48°, repos absolu et prolongé pendant six semaines. Les accidents suspendus pendant le repos, reprirent lorsque la malade se leva. C'est alors que je la soumis au massage en lui laissant liberté d'aller et venir. Le traitement dura cinq semaines environ et ne fut pas quotidien. Le massage était mal pratiqué, à la mode allemande, debout avec deux doigts introduits dans le vagin ; je déployai trop de force au début, ce qui produisit des troubles de l'innervation. Le résultat fut néanmoins excellent. Les pertes disparurent et

ne revinrent pas. Depuis, la menstruation s'est rétablie avec régularité. Le volume général du ventre diminua, et la femme affirme qu'elle a une liberté et une légèreté de mouvements qu'elle n'avait pas eues depuis ses premières couches, qui remontent à trois ans.

Après ce succès, je m'enhardis et me persuadai que nulle métrorrhagie par subinvolution ne résisterait à mes doigts. J'eus promptement la preuve du contraire. Mon traitement était incomplet et de plus j'ignorais les sages préceptes de Brandt. Depuis mon retour, j'ai modifié ma pratique et j'ai réussi rapidement dans trois cas de métrite hémorrhagique, mais encore trop récents pour que je les considère comme acquis. Je ne suis pas éloigné de croire aujourd'hui que j'aurais pu abréger la durée du massage chez la première malade dont j'ai parlé et même la guérir par les mouvements musculaires seuls employés dès le début, et lui épargner six semaines de lit et quantité d'injections. J'ai vu à Stockholm une femme qui avait été curettée trois fois et que le massage employé seul améliora, mais qui ne fut guérie qu'avec le secours des mouvements musculaires dérivatifs.

Je me suis attaqué à des cas dans lesquels l'intervention chirurgicale légère ou grave avait été proposée ou était proposable. J'ai cité les trois cas de métrite hémorrhagique. Ils étaient justiciables du curettage, en particulier celui d'une femme qui perdait depuis sept mois, peu à la fois mais presque continuellement. Elle se disposait à se rendre à l'hôpital pour être opérée. L'utérus était gros comme un très gros poing et mollasse. Le lendemain de la première séance, il était diminué de moitié, et le sang arrêté. Je répète que je ne considère pas encore la guérison comme acquise. Je ferai seulement remarquer que cette femme, qui se disposait à quitter son travail de domestique, n'a pas quitté sa place et sauf le frottage des parquets, que j'ai interdit, a continué son service du matin au soir sans interruption.

Je joins à ces faits celui d'une métrite catarrhale avec ulcération profonde du col, grande comme une pièce de

deux francs, vouée à l'opération de Schrœder. Le traitement a commencé il y a cinq semaines. A la septième séance j'ai été très surpris de voir que l'ulcération avait complètement disparu. Elle n'a pas reparu ; mais le catarrhe n'est pas encore tout à fait guéri. Le traitement a été quotidien,

J'ai, par contre, complètement échoué dans mes essais de réduction et de maintien en antéversion d'utérus rétroversés, mobiles mais douloureux. Le seul résultat a été l'atténuation ou la disparition de la douleur, mais à condition de continuer le traitement ou d'y revenir. Je dois dire qu'il a été incomplet car n'ayant pas encore d'aide expérimenté, je m'abstenais de faire l'élévation. Or, c'est par elle que Brandt réussit en pareil cas. Il y met une ténacité particulière, fort louable, puisque l'utérus rétroversé, même non douloureux constitue une vulnérabilité. Suivant lui, la durée du traitement est très variable et l'échec possible. Josephson (voy. Index), regarde le succès comme très problématique ; mais, dans ses expériences, il s'est, en général, *lassé* plus vite que Brandt. *Le maintien de l'antéversion serait plus souvent obtenu quand la rétroversion était fixe.* (Communication de Brandt et de Lindblom.) C'est, il me semble, une question de vitalité et de ressort des ligaments parfois difficile à trancher d'emblée.

J'ai actuellement en cours de traitement six cas de périmétro-salpingites. Je citerai seulement celui dans lequel la guérison complète me semble imminente. On va en juger.

Il s'agit d'une femme de 20 ans, accouchée en mars. Au commencement de mai, elle se rendit à la consultation de la Salpêtrière où on l'engagea à rester deux mois au lit et à se faire opérer si le repos absolu ne la guérissait pas. Je l'engageai à se confier à mes soins. La tumeur, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, occupait la moitié droite du bassin. Elle partait du pli de l'aine et remontait jusqu'à l'ombilic. Elle adhérait à l'utérus. La sensibilité était très vive à la pression ; cependant cette femme pouvait faire de courts trajets à pied sans souffrir spontanément. Elle était pâle, amaigrie, sans appétit, allaitait son enfant, mais le biberon faisait les

principaux frais de la nourriture. Je l'engageai à ne pas sevrer, conseil qui lui avait été déjà donné par son médecin. Au lieu de la mettre au lit, je lui dis de venir tous les jours me voir et de ne garder chez elle qu'un repos relatif. Le traitement, commencé le 19 mai, visait : 1° la disparition de la douleur ; 2° le diagnostic exact de la composition de la tumeur ; 3° sa disparition et la libération des annexes et de l'utérus.

Le massage analgésique exigea six séances et à ce moment je constatai sans difficultés que la tumeur se composait de trois parties distinctes ; la trompe, grosse comme le pouce dans sa partie moyenne mais régulièrement hypertrophiée de l'*ostium uterinum* au pavillon, longeait le bord supérieur de la paroi pelvienne antérieure. Un sillon la séparait du ligament de l'ovaire, hypertrophié lui-même, mais reconnaissable à sa consistance fibreuse, sans alternative de contraction et de relâchement. Il conduisait au seul point de la tumeur qui restât sensible. Là devait être l'ovaire, impossible à délimiter. Un exsudat volumineux coiffait comme un casque le pavillon, et ce que je présumais être l'ovaire, et descendait profondément et loin en arrière. Je ne pouvais atteindre que par le rectum les limites postérieures de la tumeur. L'utérus accolé à elle, inséparable, facile à distinguer par sa consistance propre, en latéro-version droite, n'était pas gros. Il avait bénéficié de l'allaitement.

Le massage curatif, auquel je joignis la gymnastique dérivative, fut mené de la façon suivante : Chaque jour, pendant six à sept minutes, trompe, exsudat, utérus étaient saisis à tour de rôle et massés avec prudence, la trompe de dehors en dedans, l'exsudat et l'ovaire périphériquement, puis centralement, l'utérus au point de soudure avec la tumeur. Dans la journée qui suivit le premier massage de la trompe, la malade, qui n'avait point de leucorrhée, perdit la quantité de deux à trois dés à coudre d'une matière caséiforme.

Le lendemain la trompe avait diminué de volume et se contractait énergiquement. Le même phénomène se reproduisit pendant quelques jours, mais surtout pendant les

séances. Je faisais contracter l'utérus et mon doigt revenait chargé de cette matière grumeleuse blanchâtre, qui s'accumulait dans sa cavité pendant la journée. Cette matière changea un jour de coloration ; elle était brune. Cette expulsion fut suivie de trois ou quatre gouttes de sang et depuis lors plus rien ne s'écoula. A la douzième séance la trompe avait diminué de moitié ; l'exsudat amolli perdait aussi du terrain et je sentais les contours de l'ovaire, gros mais insensible. L'utérus était toujours fixé. Il fut libéré et redressé à la quatorzième séance. A la vingtième, la trompe qui dans l'origine touchait la paroi antérieure du bassin, occupait le diamètre transverse. J'oublie de dire que dès le huitième jour de traitement, cette femme, qui mangeait à peine, dévorait et que son lait remontait en telle quantité que le biberon devenait inutile. Elle n'est pas encore tout à fait guérie. Il reste à libérer l'ovaire adhérent à la paroi postérieure.

J'ai été favorisé dans ce cas par l'origine récente de la tumeur, par sa mobilité relative, par sa disposition même et la facilité avec laquelle on saisissait les diverses parties. Enfin, la guérison est toute récente. Je ne veux pas la considérer encore comme radicale, mais quoi qu'il en soit, et tout en regardant le fait comme une exception, pour ne rien hasarder, mes vingt jours de traitement sans repos absolu ont bien valu les deux mois de lit de la Salpêtrière, en admettant qu'ils eussent abouti à un résultat analogue.

Je pourrais citer encore le cas d'un utérus fixé et douloureux depuis onze ans et que j'ai libéré, après disparition complète des souffrances ; mais, comme je l'ai dit, je préfère attendre les succès ou les demi-succès, ou les insuccès avérés et confirmés. Je m'engage à ne publier que des statistiques intégrales. Mon principal souci est de contribuer à faire la lumière sur la valeur d'un traitement qui est déjà, de par les faits, riche de promesses et de l'étudier à fond comme il en est digne. J'ajouterai seulement que je n'ai eu jusqu'à présent aucun accident, bien que je me sois décidé à traiter les salpingites même au moment des poussées aiguës, mais non

en pleine et continue fébricité. Brandt, qui est la prudence même, m'a affirmé qu'il n'avait jamais eu à le regretter. D'ailleurs, dans aucun cas, il n'a eu d'accidents mortels. Cela prouve la bénignité du traitement bien conduit.

VII. — Conclusions.

La kinèsithérapie gynécologique (méthode suédoise de Brandt), par ses résultats cliniques, par ses exigences de diagnostic, par la dextérité qu'elle exige, par son innocuité relative, peut rendre les plus grands services.

Si la gynécologie telle qu'on la pratique aujourd'hui nous fait voir les bienfaits de l'antisepsie, elle nous montre aussi le revers de cette belle médaille. Le bistouri propre, est une invention dont il ne faut médire ; mais il me semble que moins on s'en servira pour les organes génitaux mieux cela vaudra, surtout chez les femmes jeunes, surtout en France, où la natalité n'est pas brillante.

Si la kinèsithérapie gynécologique délivre les femmes d'un certain nombre de drogues, de caustiques, des expectations prolongées dans le repos absolu, et fait du couteau un objet de nécessité et non de choix, je crois qu'elles ne se plaindront pas, et que le nom du Suédois Brandt comptera parmi les initiateurs de la science et les bienfaiteurs de l'humanité.

Je souhaite pour ma part, qu'en France, entre mes mains et dans celles des autres, des succès bien confirmés, fassent honneur à Brandt et au pays ami qui lui a donné naissance.

Je me suis efforcé dans ce rapport de donner une idée juste quoique *sommaire* de ce traitement. Je ne me dissimule ni les insuffisances, ni les imperfections de mon mémoire ; mais tel quel, il peut rendre service. Voilà pourquoi je le publie. Pour le moment, malgré un an de recherches et de pratique qui représente un assez gros labeur, mon inexpérience relative et aussi une juste réserve scientifique, font que je réclame en terminant le droit de contredire dans la suite ce que ce travail peut renfermer de téméraire ou d'erroné. Je me borne

donc aux quatre conclusions suivantes, qui me semblent aujourd'hui indiscutables :

1° Il est urgent que la méthode de Brandt — massage et gymnastique — soit mise à l'étude dans notre pays.

2° C'est exclusivement à elle qu'il convient d'avoir recours. On ne doit la modifier et perfectionner s'il y a lieu, que plus tard, quand on la connaîtra à fond, après expérience consommée. Toutes les méthodes similaires, en particulier les méthodes Allemandes, sont des procédés bâtards. Les résultats obtenus par elles prouvent simplement que le principe même du massage est génial, mais ils sont inférieurs à ceux du traitement Suédois.

3° La kinèsithérapie exige une main souple, des doigts longs, **une inaltérable patience**, la force contenue, la dextérité et la finesse du diagnostic. Ces deux dernières qualités se développent par la mise en pratique et la connaissance exacte de la méthode, — *qui ne s'apprend pas en un jour.*

4° Exercée avec prudence par des mains compétentes, la kinèsithérapie n'expose nullement les malades. Elle est fondée sur des succès cliniques, nombreux, anciens et confirmés. Par elle le nombre des opérations chirurgicales pourra être restreint.

BIBLIOGRAPHIE (1).

Th. Brandt. — *Om uterinlidanden och Prolapser.* Stockholm, 1864.

Levin. — Rapport lu à la Société médicale de Stockholm. *Hygiœa,* journal suédois, février 1865.

Th. Brandt. — Rapport à la Société médicale de Vestrogothie et de Småland, août 1866.

Th. Brandt. — *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines,* avec trois illustrations. Paris, Cherbuliez, 1868.

Norström. — Communication à l'*Académie de médecine de Paris,* 18 janvier 1876.

Norström. — Thèse de Paris, par X..., présentée mais non soutenue, 1876 (?).

(1) J'ai suivi autant que possible, dans cet index, l'ordre chronologique.

Asp. — Om Lifmoder massage. Helsingfors. *Nord. med. Archiv*, Bd X, n° 22, 1878.

Reeves Jackson. — Uterine massage as a mean of treating certain forms of enlargement of the womb. *Transactions of the Amer. gynecological Society*, V, 1881.

Rosenstein. — *Centralblatt für Gynäkologie*, V, 13, 1881.

Gussenbauer. — *Prag. med. Wochenschrift*, II, 3, 1881.

Heitzmann. — *Die Entzundung des Beckenbauchfells beim Weibe*, mit 77 Abbildungen. W. Braumüller, Wien, 1883.

Peters, Bunge, Bandl, Reibmayer, Winiwarter, Chrobak cités par SCHAUTA et par JENTZER et BOURCART.

Th. Brandt. — *Gymnastiken såsom botmedel mot quinliga underlifssjukdomar, jemte strö:la anteckningar i allmän sjukgymnastik.* Stockholm. Albert Bonnier ; Tryckt i centraltryckeriet, 1884.

Nissen. — Norks magasin for Lœgevidenskalen. Vol. V, cahier 1-4 (cité par Me Goldspiegel).

Prochownick. — Zur Behandlung alter Beckenexsudaten. *Deutsch med. Wochenschrift*, 32-33, 1884. *Communication au congrès de Magdebourg.*

Prochownick. Die massage in der Gynäkologie. Ouvrage traduit en français (voyez plus loin).

Reibmayr. — *Die Tecknik der massage*, 1884.

Profanter. — *Die massage in der Gynækologie*, mit einer Vorrede des profr Schultze, in Iena, 34 abbildungen. Wien. W. Braumüller, 1887.

Skutsch. — *Fortschritte der medicin.* Berlin, 1 Juli 1887.

Resch. — Ueber die Anwendung der massage. *Centralblatt für Gyn.*, n° 32, 1887.

Resch. — Traduction du *Gymnastiken* de Brandt, 1888.

Preuschen. Die schwedische Heilmethode in der Gynäkologie, von Prof. Preuschen in Greifswald, 1888 (?).

Preuschen. — Die Heilung der Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckensmusculatur und methodische Uterus Hebung. *Centralblatt für Gyn.*, n° 13, 1888.

Vuillet. Journal de médecine de Paris, 1888, cité par Norström.

Preuschen. — Weitere drei Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckens musculatur und methodische uterushebung. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, n° 30.

Lindblom. — Gymnastik Gyn. *Münchner med.*, *Wochenschrift*, 46, 47, 48. 1888.

Seiffart. — *Die massage in der Gynækologie.* Stuttgart, 1888.

Winawer. — Ueber die Th. Brandt'sche Methode, als Mittel die erkrankten Tüben palpiebar zu machen. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, 52 ; *id.* Kronika Lekarska, 1888. Varsovie.

Fränkel. — Ueber meine Behandlung der Scheidengebärmutter Vorfälle.

Theilaber. — *Artz. Zeitschr.* Berlin, 1888, 10. Thure Brandt's methode. *Münch. med. Wochenschrift*, nos 27, 28, 1888.

Bum. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Wiener med. Presse*, no 40, 1888, nos 1-2, 1889, cité par JENTZER et BOURCART.

Schauta. — Ueber gynäcologische massage. *Medicinische Wander-Vorträge.* Januar 1889.

Ott. — Massaj i gymnastika kak lietchebnyi sposob pri boliezniak jenskoi polovoi sphery. *Vratch*, 1889, no 6. Cité par NORSTRÖM.

Semianikov. — Résultats obtenus à la clinique du prof. Slaviansky à Pétersbourg. Communication faite avec celle de Ott au 3e *congrès de médecins russes* (NORSTRÖM).

Macnaughton Jones. — Communication à la *Société gynécologique de Londres*, 1889 (?). Norström.

Norström. — *Massage de l'utérus.* Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Goldspiegel. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Archives de tocologie*, 1889, Paris.

Gielsky. — *Centralbl für Gyn.*, no 14, 1889.

Weinenberg. — *Centrabl. für Gyn.*, no 28, 1889.

Fellner. — *Klinische Zeitschr.* Wien, 1889. Bd III, 4, 11.

Von Braum Fernwald. — *Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung.* Wien, 1889.

Reibmayr. — *Unterleibs massage mit spec. Berücksichtigung der Anwendung in der Gynækologie*, 1889.

Fellner. — *Klinische Beitrage zur Brandt'schen methode.* Wien, 1890.

Landau. — *Vortrag in der Berl. med., Gesellsch.*, 11 juin 1890. (Analysé in JENTZER et BOURCART).

Landau. — Die Gynæk. Palpation. *Therapeut. Monatshafte*, Juli 1890.

Frendenberg. — *Traitement des tumeurs abdominales* (JENTZER et BOURCART).

Ziegenspeck. — Ueber Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. *Sammlung Klinischer Vorträge*, nos 353-54. Leipsig, 1890.

Lindblom. — Beobachtungen über Veränderlichkeit in den weiblichen Beckenorganen. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.* Band XXII, Heft 1.

Norström. — *Traité théorique et pratique du massage.* Paris, Lecrosnier, 1891.

Josephson. — *Om den manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden.* Stockholm. Isaac Marcus, 1891.

Stas. — Traduction française du livre de RESCH. Anvers, Imprimerie Buschmann, rempart de la porte du Rhin, 1891.

Vuillet. — *Massage en gynécologie*, 1890.

Jentzer et **Bourcart.** — *Gymnastique gynécologique, méthode de Th. Brandt* 1891. Genève, H. Georg. Paris, Georges Carré.

Th. Brandt. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten ; mit 37 Abbildungen im texte. Berlin Fischer's med. Buch. H. Kornfeld, 1891.

Nitot et **Keller.** — *Massage en gynécologie*, traduction du traité de PROCHOWNICK, 1892. Doin.

Norström. — *Massage dans les affections de voisinage de l'utérus et de ses annexes.* Paris, Ve Babé, 1892.

REVUE CLINIQUE

DEUX SYMPHYSÉOTOMIES AVEC ISSUE HEUREUSE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Par **G. Léopold.**

Traduit d'après le « *Cent. f. Gynaekologie* » (1), par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

Plus j'ai pratiqué l'opération césarienne dans ces dernières années, et moins l'opération elle-même m'a satisfait, bien que les résultats se soient montrés également bons pour la mère et pour l'enfant. La création de deux voies non naturelles (paroi abdominale et utérus), si nécessaire qu'elle soit dans les cas d'indication absolue, m'a toujours paru, dans les cas d'indication relative, un expédient hazardeux, un pis-aller. Aussi, mon attention a-t-elle toujours été de nouveau dirigée vers l'utilisation judicieuse des voies naturelles.

Les résultats remarquables obtenus avec la symphyséotomie, dans les cliniques de Morisani à Naples et de Pinard à Paris, m'ont conduit à la pratiquer dans des cas bien déterminés, et dans le but de me faire un jugement personnel sur cette opération ancienne et décriée. Or, dans ces derniers temps, l'occasion de l'expérimenter me fut fournie par deux multipares, à bassin rétréci, chez lesquelles la sténose pelvienne constituait une « indication *relative* à l'opération césarienne ».

(1) *Cent. f. Gyn.*, no 30, 1892, p. 585.

Chez ces deux femmes, au lieu de la césarienne, je fis la symphyséotomie, qui eut l'issue la plus heureuse pour la mère et pour l'enfant, qui, en outre, me parut d'une exécution aisée, et au point de vue de sa gravité, de ses dangers bien éloignée de l'opération césarienne ou d'une laparotomie. Voici les deux observations :

Obs. I. — Ernestine Sch., âgée de 37 ans, 2 accouchements en 1884 et en 1888; enfants à terme, forceps, morts. 3e accouchement en 1890, accouchement prématuré. Accouchement naturel. Enfant mort *in utero*.

Naine, taille 1 m. 35, dernière menstruation, 18 août 1891. Bassin généralement rétréci, plat, rachitique : 22, 24, 28; 17 1/2 ; 8 3/4 ; 6 3/4.

Premières douleurs le 25 mai, 7 heures 30 minutes du matin. Rupture des membranes 1 heure 1/2 auparavant. Tête élevée et fixe au détroit supérieur. A 2 heures 50 de l'après-midi, symphyséotomie ; à 3 heures, extraction de l'enfant avec le forceps appliqué sur la tête restée élevée. Terminaison de l'opération, après suture complète de la symphyse et de la paroi abdominale à 3 h. 30 (en tout 40 minutes). Écartement au niveau de la symphyse de 3 centim., mais qui, au cours de l'extraction, d'après une mensuration rigoureuse, alla jusqu'à 7 centim.

La symphyse sectionnée, le ligament sous-pubien fut accidentellement coupé, ce qui donna lieu à une hémorrhagie abondante par lésion du bulbe caverneux du clitoris; hémostase réalisée par suture et compression. Suture de la symphyse avec trois fils de soie, des parties molles avec 4 points profonds et 7 superficiels. Pendant toute l'opération, compression latérale sur les grands trochanters et les os innominés; bandage pelvien pendant 3 semaines.

L'enfant, une fille, pesait 3565 grammes. Diamètres céphaliques transverses, 9 3/4 et 8 3/4 ; circonférence horizontale 34 cent.

Suites de couches normales ; la femme se lève le 24e jour; dès le 30e va et vient le plus aisément du monde ; pas le moindre trouble ni du côté de la locomotion ni du côté de la fonction urinaire.

Obs. II. — Andr., 37 ans. En 1891, perforation d'un enfant à terme. Dernières règles, fin septembre 1891. Premiers mouvements

dè l'enfant, 14 février 1892. Entrée à l'hôpital le 29 juin, 3 h. 16 m. du matin. Bassin : 22 ; 25 ; 30 1/2 ; 16 ; 8 1/2 ; 6 3/4.

Premières douleurs le 28 juin, à 6 heures l'après-midi. Rupture des membranes le 29, à 1 heure du matin.

Tète volumineuse, dure, immobile au détroit supérieur, dans la moitié droite du bassin.

A 4 h. 5, symphyséotomie. Extraction de l'enfant avec le forceps appliqué sur la tête élevée, très rapidement et facilement à 4 h. 16. Terminaison de l'opération à 4 h. 50 (durée totale, 34 min.).

Le ligament triangulaire ne fut pas sectionné.

Écartement symphysien, 3 centim. ; au cours de l'extraction, d'après une mensuration exacte, 65 millim.

Hémorrhagie pour ainsi dire nulle. Suture et bandage comme dans le cas I, garçon mesurant 51 centim. et du poids de 3310 gr. Diamètres céphaliques transverses, 9 3/4 cent., 8 1/2 cent. ; circonférence horizontale, 35 1/4 cent.

Suites de couches normales. Bronchite légère (narcose avec l'éther). Le 17e jour, plaie cutanée guérie, enlèvement de toutes les sutures. Locomotion parfaite ; aucune douleur par les mouvements. Pas le moindre trouble du côté de la vessie.

Quand version et forceps ne sont pas applicables, la symphyséotomie doit être substituée à la perforation de l'enfant vivant et à la césarienne pour indication relative. Des 2 faits relatés ci-dessus, j'emporte déjà l'impression que le domaine de l'opération césarienne est appelé à se circonscrire singulièrement, et à se réduire aux limites qui, de tout temps, lui ont appartenu : c'est-à-dire qu'elle sera réservée aux cas d'étroitesse pelvienne absolue (conjugué vrai de 6 centim. et au-dessous, l'enfant étant à terme). Le chiffre de mortalité de la césarienne est et reste plus élevé que celui de la perforation et de la symphyséotomie. C'est là un fait que ne peuvent modifier même la faible mortalité de 0 0/0 à 5 0/0 de la césarienne entre les mains de quelques opérateurs.

Morisani, d'après sa dernière statistique, sur un total de 22 symphyséotomies, n'a pas perdu une seule opérée, et tous les enfants ont vécu. Également, Pinard a, dans 3 cas, obtenu semblable résultat.

Des deux cas qui me sont personnels, et surtout du deuxième, je reste persuadé que l'opération n'est pas difficile. La parturiente est couchée sur une table, le siège en avant. Tout doit être, d'avance, préparé pour terminer l'accouchement avec le forceps ou par la version suivant les cas. 2 assistants soutiennent les membres inférieurs au-dessous des genoux, ceux-ci étant légèrement écartés, et de leur main libre pressent vigoureusement sur les trochanters. Incision cutanée commençant au niveau du bord supérieur de la symphyse et se continuant jusqu'à un centimètre au-dessus du clitoris. Division des parties molles jusqu'à l'articulation et section des insertions des muscles droits, seulement sur une largeur suffisante pour que l'opérateur puisse glisser l'index gauche en arrière de la symphyse. L'index étant conduit en arrière et au-dessous de la symphyse jusqu'au ligament sous-pubien, le chirurgien divise lentement la symphyse avec un bistouri courbe (en serpette) et boutonné. Immédiatement les 2 surfaces articulaires s'écartent de 3 centim., et, grâce à une abduction prudente des genoux et à la légère diminution de la pression exercée sur les trochanters, l'écartement va jusqu'à 7 centimètres, et en tout cas si loin, que, dans le second fait, la tête fœtale, volumineuse, pénétra immédiatement dans le bassin et put être extraite avec le forceps doucement et comme en se jouant.

Sitôt après, les deux assistants pressent vigoureusement sur les trochanters de façon à amener au contact les surfaces articulaires. Avec du fil d'argent ou de la soie forte, les extrémités osseuses ainsi que les parties molles sont coaptées, suturées, et l'on ferme le reste de la plaie. Enfin, une ceinture très large et munie d'une boucle assure durant les 3 semaines suivantes la contention du bassin ; la ceinture est, s'il est besoin, de plus en plus serrée.

Il est inutile d'opérer la section du ligament sous-pubien, ainsi qu'il fut fait dans le premier cas. Il ne sera pas même toujours nécessaire, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte

dans la deuxième observation, de diviser l'articulation sur toute sa hauteur, parce que, déjà après la section de la moitié ou des deux tiers supérieurs, les extrémités pubiennes s'écartent de 3 centim.

Dans les bassins dont il est ici question, c'est-à-dire dans ceux viciés par le rachitisme, les directions de la symphyse et de la partie supérieure du sacrum convergent fortement en haut, l'obstacle à l'engagement de la tête réside dans la proéminence excessive en dedans de la portion supérieure de la symphyse, d'où il suit qu'il suffit d'ouvrir à ce niveau autant qu'il convient dans chaque cas.

Aussi, je me propose, à la prochaine occasion, d'ouvrir seulement la moitié supérieure de la symphyse, de faire écarter un peu les genoux de la parturiente, et de faire pénétrer la tête fœtale dans le bassin. La tête ayant franchi le point étroit, tout le reste de l'opération sera conduit d'après les règles connues (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Bruxelles du 11 *au* 17 *septembre* 1892.

Des suppurations pelviennes.

Segond (2) (Paris), *rapporteur*. (Voir plus haut, p. 241.)

Discussion : PÉAN, après avoir décrit sa technique opératoire et exposé les résultats qu'il a obtenus jusqu'en janvier 1892, formule les conclusions suivantes :

1° Les suppurations pelviennes étudiées dans cette communica-

(1) L'auteur se propose d'étudier plus tard, et de près, les indications de la symphyséotomie, les conditions où elle est applicable et sa situation respective vis-à-vis des autres opérations rivales.

(2) *Annal. de gyn. et d'obst.*, mars 1891, p. 161.

tion sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme ;

2° On peut les diviser en *suppurations types* (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration), *suppurations mixtes* (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins : sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine) et *suppurations compliquées* avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique ;

3° Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du côté de l'utérus et de ses annexes ;

4° La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : vaut-il mieux enlever les annexes seules par la voie abdominale en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale ?

5° L'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale (méthode de Péan) est préférable à l'extirpation isolée des annexes par la voie abdominale pour les raisons suivantes :

a) Elle est d'une exécution facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués ;

b) Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer ; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives du processus ;

c) Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides ;

d) Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver ; car, par des incisions exploratrices convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention ;

e) La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation abdominale ;

f) Elle supprime les dangers d'éventration avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies ;

g) Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par la voie vaginale est la *seule méthode* qui convienne ; la technique opératoire comporte des modifications légères d'après

la nature des affections concomitantes et des complications.

WILLEMS (de Gand) estime que M. Segond a jugé trop rapidement et trop sévèrement la périnéotomie. Cette opération qui consiste dans une incision profonde, faite en avant de l'anus, avec dédoublement du septum recto-vaginal, permet d'atteindre dans le cul-de-sac de Douglas, de faire une exploration méthodique, et de mesurer l'intervention à l'importance et à la multiplicité des lésions. Si les poches purulentes sont situées en arrière, rien de plus aisé que de les ouvrir, et d'assurer le drainage. Si pourtant elles sont trop étendues, si elles siègent en avant, le chirurgien a toute latitude pour compléter son intervention par la castration utérine.

WILLIAM TRAVERS (de Londres) pense que la laparotomie permet aussi bien que l'hystérectomie de traiter les suppurations pelviennes et d'évacuer le pus. Il considère la seconde intervention comme plus dangereuse. JACOBS (de Bruxelles) pense que contre les suppurations intra-péritonéales, d'une manière générale, la laparotomie est l'opération de choix. Mais que, quand les annexes des deux côtés sont atteintes, l'hystérectomie est préférable. D'autre part, quand on se trouve en présence de lésions graves et étendues, la laparotomie ne permet souvent que de faire constater son impuissance ; or, dans ces cas et particulièrement dans ceux-là, l'hystérectomie est utile. Plus sûrement que la laparotomie, elle met à l'abri de nouvelles interventions. Le moignon, d'autre part, obtenu dans une salpingectomie, malgré tout le soin qu'on met à le cautériser peut s'enflammer, et l'inflammation gagner l'utérus : d'où la nécessité d'intervenir à nouveau. Jacobs a pratiqué 159 laparotomies pour suppuration des annexes avec 3,7 0/0, et 61 hystérectomies avec 3,2 0/0 de mortalité. DEGHILAGE (de Mons) croit qu'on fait beaucoup d'opérations inutiles.

RICHELOT (de Paris). — J'ai traité 144 malades atteintes de suppuration pelvienne et j'ai eu 9 morts, soit 6,25 0/0 de mortalité. Dans 24 cas il s'agissait de fibromes compliqués d'abcès ; les 120 autres se rapportaient à des affections des trompes. Sur ces 120 cas, il y avait 39 cas de suppuration grave et j'eus 4 morts. Deux fois la mort survint parce que je ne fus pas assez habile ou assez heureux ; deux fois parce qu'elle était inévitable et qu'il s'agissait de femmes opérées *in extremis*. Toujours je me suis servi des pinces à demeure qui ne m'ont donné aucun mécompte, n'ayant jamais dérapé et ayant toujours parfaitement assuré l'hémostase. Enfin, j'ai tou-

jours opéré par morcellement. Sur les 39 cas de suppuration, j'ai fait 12 fois l'ablation totale des annexes ; 5 fois, j'ai fait l'ablation unilatérale ; enfin, chez les 22 autres malades, j'ai laissé trompes et ovaires. La rétraction s'est opérée avec une promptitude remarquable, sans accident de rétention et sans fistules. C'est une opération qui me paraît bien supérieure aux incisions préconisées par M. Laroyenne. Quant au parallète à établir entre l'hystérectomie et la laparotomie, je crois que, faute de bien connaître l'opération, on a été au début tenté d'exagérer la gravité opératoire de la castration utérine. D'ailleurs, les deux opérations ne s'opposent pas mais se complètent. C'est précisément quand les adhérences inextricables ont rendu l'opération par l'abdomen impossible, que l'hystérectomie donne les meilleurs résultats.

J'ai dû 15 fois faire une castration utérine après avoir fait la salpingotomie qui n'avait pas suffi à guérir les malades ; c'est qu'il y a des utérus qui ne s'atrophient pas après l'ablation des annexes et qu'il faut enlever. Ma conclusion est que, *dans les affections suppuratives, l'hystérectomie est la méthode de choix* : *dans les affections non suppuratives, la laparotomie peut donner de très bons résultats*. Saenger (de Leipzig) considère que l'hystérectomie doit rester une opération exceptionnelle ; il est toutefois décidé à l'expérimenter dans les cas de fistules du vagin, d'abcès étendus, multiples... Il déclare qu'en Allemagne, Landau s'occupe aussi de cette opération (1). M. Madden (de Dublin) insiste sur l'importance qu'il y a à tenir compte du siège et de la nature de la suppuration, et, avec ses compatriotes, W. Travers, Heywood Smith, se prononce résolument en faveur de la laparotomie contre l'hystérectomie. Il pense en outre que bon nombre de ces affections sont justiciables d'interventions moins radicales (2). Goullioud (de Lyon) défend la méthode de Laroyenne (3) (incisions pratiquées

(1) Landau vient de publier, en effet, dans le *Cent. f. Gyn.*, n° 3, p. 689, un article intéressant intitulé : « *Du traitement des suppurations pelviennes chroniques : résection de l'utérus* » ; il y relate deux observations dans lesquelles ce mode d'intervention, qu'il réserve pour des cas particulièrement graves, a donné des résultats excellents. R. L.

(2) *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892.

(3) Laroyenne. De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent, de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, 21 février 1886.

au fond du vagin) qui se montre efficace même dans des cas complexes, collections multiples, suppurées..... Il a observé 48 faits de guérisons durables, suivis pendant des années, et sur lesquels, 4 fois la grossesse est survenue. PICHEVIN (de Paris) juge la formule de Segond « *hystérectomie toutes les fois que la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines sont constatées* », excessive. Dans plusieurs cas, où l'on croyait avoir constaté nettement la bilatéralité des lésions annexielles, la laparotomie permit de reconnaître que, d'un côté, il s'agissait de lésions peu importantes (simples adhérences), que les annexes devaient être laissées en place ; dans un autre cas, on enleva une vieille salpingo-ovarite d'un côté et l'on put énucléer un kyste du ligament large : ovaires et trompes furent respectés. Toutes ces femmes peuvent avoir des enfants. L'élytrotomie exploratrice (incision du cul-de-sac postérieur) ne suffit pas à éviter ces erreurs de diagnostic. D'autre part, l'hystérectomie est impuissante à guérir des abcès haut situés, ou telles autres lésions telles qu'adhérences, abcès de l'épiploon ; d'une manière générale, on doit la réserver pour les suppurations larges, diffuses, disséminées dans des poches péri-utérines multiples et difficiles à énucléer. Elle est également applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin, soit avec l'intestin, soit avec la vessie ou encore le vagin. Enfin, la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter quand l'extirpation des annexes par voie abdominale n'a pas donné le résultat suffisant. DELAGENIÈRE (du Mans), se basant sur 18 laparotomies qui ont donné un chiffre de mortalité de 5,55 0/0 au lieu de 8,69 0/0, accusé par Segond, formule les conclusions suivantes :

1° La laparotomie, dans les cas de suppurations pelviennes, est moins grave que l'hystérectomie ;

2° Les résultats définitifs paraissent équivalents, sinon supérieurs, dans la laparotomie ;

3° L'inconvénient de la cicatrice abdominale est plus que largement compensé par l'éventualité de l'ouverture de la vessie dans l'hystérectomie.

Pour ce qui a trait aux indications opératoires, je diviserai mes observations en trois groupes :

a) Le pus est collecté dans les annexes, l'opération est simple (10 observations parmi lesquelles un cas de mort) ;

b) Le pus siège non seulement dans les annexes, mais dans le péritoine pelvien, où il est collecté en foyers plus ou moins considérables (pelvi-péritonite). L'opération devient complexe. Il faut non seulement enlever les annexes malades, mais évacuer et drainer les foyers de pelvi-péritonite (6 opérations, 6 guérisons) ;

c) Un ou plusieurs foyers purulents communiquent avec la cavité d'un organe quelconque ; il y a fistule interne. L'opération devient très complexe et la laparotomie seule peut permettre de remédier aux lésions (2 observations, 2 guérisons).

Pour toutes ces raisons, l'auteur considère l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, comme *une opération de très rare exception*. Elle ne paraît indiquée que dans les cas, certainement fort rares, où une laparotomie préalable n'aurait pas donné un résultat thérapeutique satisfaisant.

VULLIET (de Genève), comme Goullioud et M. Madden, se prononce catégoriquement pour le traitement des suppurations pelviennes par ponctions, incisions, lavages et drainage. Si l'on a eu des récidives fréquentes après ce mode d'intervention, et il en a eu, c'est qu'on ne s'est pas toujours efforcé de faire un diagnostic précis, aussi complet que possible. Depuis qu'il y emploie tous ses soins, il a obtenu d'excellents résultats, dont il a été le premier surpris. Sur 18 cas, il a eu 12 guérisons d'emblée. Dans les 6 autres cas, il a fait une seconde ponction avec injection de sublimé ; 3 de ces malades ont guéri. Chez les 3 autres, il a ponctionné, débridé, puis drainé en pansant avec de la gaze iodoformée. WALTON (de Bruxelles) rappelle les bons résultats qu'il a obtenus au début de ces affections, avec la méthode qu'il a préconisée dès 1887 (dilatation de l'utérus, curettage, drainage). DOYEN (de Reims), comme conclusion d'une communication basée sur des chiffres statistiques importants, déclare qu'à son avis, *l'hystérectomie vaginale est nécessaire toutes les fois qu'il est évident que la lésion est bilatérale et qu'on enlèverait par la laparotomie les annexes des deux côtés*. ROUAFFERT (de Bruxelles) a fait 21 fois l'ablation de l'utérus par morcellement, avec un seul décès. Comme accidents opératoires, une fistule guérie en 15 jours, et une lésion de l'uretère. En ce qui concerne les résultats définitifs, l'avantage resterait à l'hystérectomie.

LE BEC (de Paris) recommande de commencer le traitement des lésions utérines par le massage, l'électrolyse, dont il a pu

constater l'efficacité en certains cas. Si l'on échoue, on peut alors essayer des incisions, de la laparotomie ou de l'hystérectomie. Lauwers (de Courtrai) est partisan de l'hystérectomie, tout en faisant des réserves pour les cas où il s'agit d'affections péri-utérines de nature tuberculeuse. Chéron (de Paris) rappelle les avantages d'un traitement médical précoce, et les bons résultats que fournit l'emploi judicieux de la curette, du massage, de l'électrolyse, de l'ignipuncture. Mangiagalli (de Milan), qui a fait des expériences sur les animaux, dans le but de déterminer la voie de propagation des phlegmasies de l'utérus à la trompe, et qui a constaté que d'ordinaire c'étaient les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, trouve dans cette constatation un argument en faveur de l'hystérectomie. Goubaroff (de Russie) motive son opinion sur une étude spéciale de la répartition du tissu cellulaire pelvien, étude anatomique à laquelle son compatriote Sneguireff aurait fourni la sanction clinique. Le tissu cellulaire pelvien présente une disposition particulière; il forme des cloisons qu'ils appellent *mésentères cellulaires*. Or, le mésentère cellulaire du ligament rond aurait une importance capitale, parce qu'il diviserait toutes les inflammations du tissu cellulaire pelvien en deux groupes : *a*) antéro-latérales; *b*) postéro-latérales. Se guidant sur ces notions anatomiques, Goubaroff et Sneguireff ont cherché des procédés qui permissent d'atteindre toutes les collections purulentes du tissu cellulaire pelvien, par la méthode extra-péritonéale ou para-péritonéale. Dans 46 cas, Sneguireff aurait opéré avec succès. Goubaroff adopte donc l'incision pour ces sortes de suppuration.

Boisleux (de Paris) fait une communication sur *l'élytrotomie interligamentaire, suivie du drainage du cul-de-sac de Douglas, pour servir au traitement des abcès pelviens, des adhérences de l'utérus et de ses annexes, soit entre eux, soit avec les organes voisins, et en particulier pour le traitement des rétro-déviations utérines, rétroversions et rétroflexions mobiles ou fixées.*

Des grossesses extra-utérines.

A. Martin. (Voir plus haut, p. 258.)

Discussion. — A. Doran (Londres) estime que rien, jusqu'à ce jour, n'autorise à admettre comme siège primitif de l'œuf ectopique d'autre région que la trompe. Le siège primitif le plus fré-

quent est incontestablement la portion moyenne de la trompe. On a donné comme argument en faveur de la grossesse ovarique la situation du ligament de l'ovaire par rapport à l'utérus et au sac ovulaire. Mais, un sac tubaire repousse l'ovaire contre l'utérus et l'enveloppe souvent dans la paroi, en sorte que ce ligament de l'ovaire va de la matrice au sac : cependant, il ne s'agit pas de grossesse ovarique. L'examen histologique présente un grand intérêt. La présence des villosités confirme et éclaire le diagnostic, qui est souvent fort difficile. Doran est partisan d'une intervention hâtive.

Dmitri de Ott (St-Pétersbourg) croit que, au sujet de la conduite à tenir dans les cas graves, l'accord est fait : intervenir résolument par la laparotomie. Aussi, l'objet de sa communication est-il autre : déterminer ce qu'il convient de faire dans les cas, en quelque sorte, de « grossesse extra-utérine chronique », ou bien d'arrêt d'évolution de la grossesse ectopique, en tenant compte de toutes les éventualités possibles, de tous les phénomènes qui suivent cet arrêt après la toute première période de la gestation.

« A. Phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu :

1° Reprises d'hémorrhagies internes, qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux ;

2° Symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestent par des troubles dans les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois la rétention de l'œuf a pour suite l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit Schauta, et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même ;

3° Lésions inflammatoires de toute espèce, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle ;

4° Passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes ses conséquences.

B. Phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus :

Transformation de la muqueuse en caduque ; hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires ; le sang y afflue plus énergiquement.

Phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet; subinvolution, élimination de la caduque, ou, ce qui est probablement plus fréquent, atrophie graduelle sans détachement.

Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté; dans ces cas, l'hémorrhagie, qui dure souvent des mois entiers, constitue certainement le symptôme le plus caractéristique.

L'hémorrhagie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement de l'utérus qui est refoulé par le sac ovulaire.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus, et la femme épuisée est sujette à une reprise d'hémorrhagie. »

Au résumé, l'arrêt de la grossesse extra-utérine ne saurait écarter les dangers qui menacent la vie de la malade. D'où, comme indication thérapeutique rationnelle : l'ablation complète de l'œuf et de tous les tissus voisins altérés. Comme opération de choix, la laparotomie qui, seule, permet d'apprécier *de visu* ce que doit être l'action chirurgicale. Reiss (de Kiew), montre des dessins et des planches qui, à son avis, démontrent incontestablement la réalité de la grossesse abdominale primitive. Dans 2 cas, il a trouvé le fœtus encore vivant, l'un d'eux, bien conformé et vigoureux, pesait 3200 grammes. De ces 2 faits, il conclut que le chirurgien n'est pas absolument autorisé à se désintéresser dans tous les cas du sort de l'enfant. Pichevin a observé, en 18 mois, 8 grossesses extra-utérines. Sauf dans 2 cas, complexes à la vérité, il put établir le diagnostic. Sur les 8 cas, il y eut 2 décès ; l'un par hémorrhagie (on avait fait l'hystérectomie vaginale), l'autre par péritonite, causée vraisemblablement par une rupture de l'intestin. Pawlacki-Bey (Constantinople) a observé 5 grossesses ectopiques. Il est persuadé que l'hématocèle est toujours la conséquence de la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin. Cameron (de Glasgow) accorde, dans l'étiologie des grossesses ectopiques, un rôle important aux affections de l'utérus et des trompes de Fallope. Comme traitement, il a recours soit à l'injection dans le sac de substances toxiques, soit à l'électricité. P. Petit (de Paris),

dans tous les faits d'hémato-salpinx de petit volume (6 à 8 environ) qu'il a eu l'occasion d'examiner, n'a jamais manqué de constater la présence de villosités et d'un lit de cellules déciduales caractéristiques d'une grossesse extra-utérine. De plus, de faits tirés de sa pratique, il serait tenté de conclure que la grossesse ectopique a une part importante dans la genèse d'affections annexielles, qu'on serait porté à attribuer à toute autre cause. A la demande faite par Le Bec, s'il est toujours possible de diagnostiquer le siège du placenta, Martin répond qu'on ne peut formuler ce diagnostic qu'après large ouverture du ventre.

J. Engelmann (St-Louis) montre des planches qui mettent en évidence des conditions anatomiques qui ont favorisé la grossesse-ectopique. L'ovule, parti de l'ovaire gauche, avait traversé la cavité abdominale, et de là gagné la trompe où il avait été fécondé. Du côté opposé, des adhérences rendaient impossible l'application de l'*ostium abdominale* sur l'ovaire correspondant.

Du placenta prævia.

Berry Hart (d'Edimbourg) (1).

Pathogénie de l'éclampsie.

Chambrelent relate le résultat d'expériences faites sur les animaux dans le but d'éclairer la pathogénie de l'éclampsie. De ces recherches il résulte : *a*) que la toxicité du sérum sanguin, si on la compare à la toxicité du sérum sanguin physiologique, laquelle a été établie par Rummo, est augmentée chez les éclamptiques; *b*) que la toxicité de l'urine des éclamptiques varie en raison inverse de celle du sérum sanguin. Ces résultats militent en faveur de la théorie de l'auto-intoxication, et d'autre part, les notions acquises pourraient servir à établir, dans chaque cas, le pronostic de l'éclampsie.

Discussion. — Bar conteste que la démonstration de l'auto-infection soit faite par ces résultats. Pourquoi, dans le cas d'une hétéro-infection la toxicité du sérum sanguin ne pourrait-elle pas être accrue? D'ailleurs, les expériences qu'il a lui-même entreprises lui ont donné des résultats semblables à ceux obtenus par Chambrelent. Il reste intéressant de déterminer la toxicité du sang chez les albuminuriques gravidiques, etc.

(1) La communication de Hart (rapporteur) sera publiée *in extenso* dans le prochain numéro du journal. R. L.

Du traitement abdominal du pédicule après l'hystérectomie.

Delétrez est partisan du traitement abdominal du pédicule après l'hystérectomie pour fibromes. Il emploie un lien élastique bien aseptisé qu'on laisse à demeure. Sa statistique personnelle est de 18 cas avec 0 0/0 de mortalité.

Kyste ovarique compliqué de grossesse.

Debaisieux relate l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte depuis 2 années environ d'une tumeur, prise pour un fibrome de la matrice. Devenue enceinte, et le travail ayant débuté à terme, M. Debaisieux, estimant l'accouchement par les voies naturelles impossible, pratiqua l'opération de Porro. Mais, au lieu d'un fibrome utérin, il constata un kyste de l'ovaire qu'il enleva. Traitement des 2 pédicules kystique et utérin par la méthode de Mikulicz. Hémorrhagie secondaire, due sans doute à la section trop rapide par le lien élastique vers le 15ᵉ jour, qui se traduisit par une collection fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas. Ponction évacuatrice par le rectum et guérison.

Si le diagnostic vrai eût été fait, l'auteur de la communication eût pratiqué de bonne heure l'ovariotomie, persuadé qu'il est de l'innocuité de cette intervention par rapport à la marche de la grossesse.

Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables.

Houzel (de Boulogne). — A l'aide d'instruments tranchants (bistouri, curette, ciseaux), il enlève tout ce qu'il peut des tissus dégénérés, et quand il arrive sur des tissus simplement infiltrés, il a recours à la suture qui donne des réunions par première intention. Comme topique, il se sert d'acide lactique. D'après ses statistiques, la survie moyenne obtenue serait d'une année.

De la basiotripsie.

Heinricius recommande le basiotribe dans les cas de rétrécissements légers du bassin, pour lesquels la craniectomie s'impose.

Discussion : Bar résume les avantages du basiotribe qui sont ceux du cranioclaste et du céphalotribe réunis. Le cranioclaste prenait bien et écrasait mal, le céphalotribe prenait mal mais écrasait bien. Pour obtenir les meilleurs effets du basiotribe, il

faut s'efforcer de saisir la tête fœtale obliquement, de l'apophyse mastoïde d'un côté à l'os malaire de l'autre côté.

Deux cas de chirurgie obstétricale.

DELAGÉNIÈRE a pratiqué l'opération de Porro dans un cas d'accouchement compliqué par un fibrome de l'utérus. Il résume, comme il suit, les indications de cette opération : 1) obstacle permanent siégeant dans la matrice, de telle sorte que l'obstacle disparaît avec l'utérus; 2) impossibilité ou difficulté trop grande de faire la castration après l'opération césarienne; 3) hémorrhagie considérable de la cavité utérine après l'extraction du fœtus et du placenta; 4) inertie de la matrice.

Dans un second fait, il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit compliqué d'une grossesse au 3e mois. Sous l'influence du développement de l'utérus, il y eut torsion du pédicule avec symptômes généraux graves. Ovariotomie. Continuation normale de la grossesse, accouchement normal 6 mois après. A l'occasion de ce fait et d'autres, l'auteur formule les propositions suivantes :

1° A l'état de grossesse s'ajoutent des symptômes graves de péritonite, d'étranglement interne, etc. : alors il n'y a pas d'hésitation possible, l'opération s'impose;

2° Il n'y a pas de symptômes alarmants; on découvre un beau jour une tumeur abdominale chez une femme enceinte, ou bien, on soupçonne une grossesse quand il y a indication précise à la laparotomie : dans ces différentes conditions on doit encore intervenir car :

a) La grossesse n'est pas compromise par l'opération, tandis qu'elle l'est par la coexistence de la tumeur;

b) L'abstention fera courir à la malade des risques d'accidents péritonéaux et d'avortement, qui sont autant de complications graves surajoutées à l'opération dont les indications subsisteront quand même.

Varicocèle chez la femme.

PAUL PETIT a étudié les altérations anatomiques provoquées chez la femme par le varicocèle pelvien. A la phase initiale, dont il a pu étudier un cas type, on ne constate que de l'œdème et des pseudo-kystes par dissociation du tissu conjonctif. Plus tard, en

même temps que l'œdème persiste en partie, la sclérose survient et par suite les follicules s'enkystent. La dégénérescence scléro-kystique, lésion si importante et si fréquente en gynécologie, n'a donc point comme facteur indispensable, la péri-oophorite. Sans compter les congestions actives et répétées, il faut tenir compte de la stase veineuse prolongée.

Salpingite kystique; échec de la dilatation; imperméabilité de la moitié interne des trompes à l'examen des pièces.

FOURNEL (de Paris). — L'imperméabilité tubaire fut constatée après ablation, après laparotomie, de la trompe kystique. L'occlusion complète siégeait à la partie moyenne de l'oviducte, qui paraissait transformé en un cordon fibreux. Cet état anatomique explique trop bien l'échec de la dilatation, etc. Il est probable qu'on se trouve souvent en présence de conditions analogues.

Discussion : VULLIET (de Genève) est persuadé que dilatation et tamponnement de l'utérus ne sont que des moyens très insuffisants contre les collections tubaires.

Traitement du prolapsus utérin.

WESTERMARK (de Stockholm) recommande contre le prolapsus utérin, un procédé opératoire qui lui a donné de bons résultats : *a*) excision du col, si cet organe est hypertrophié ; *b*) colporrhaphie antérieure destinée à corriger la cystocèle ; *c*) colporrhaphies *latérales*, droite et gauche, pratiquées, dans le but non seulement de rétrécir le vagin, mais d'obtenir la rétraction du tissu conjonctif des ligaments larges, qui ont subi un certain allongement du fait du prolapsus. Les sutures ne sont nouées qu'après réduction du prolapsus.

En tout, l'auteur a opéré 25 malades par cette méthode. Un certain nombre de ces opérations datent de 1887. Il n'y a pas eu de récidives.

Sur un signe de rétro-déviation utérine.

PICHEVIN (de Paris). — Ce signe, indiqué par Le Dentu, consiste dans la constatation, par le toucher vaginal combiné ou non avec le palper abdominal, de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus.

« Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé

par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette, qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

En suivant cette crête avec le doigt, on peut, dans certains cas, reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation ».

De l'achondroplasie.

Porak (de Paris). — Cette communication tend à établir l'individualité propre de l'achondroplasie, qu'il ne faut confondre ni avec le nanisme ni avec le rachitisme.

Communications diverses : Chéron. **Drainage prolongé de l'utérus au moyen de crins de Florence.**

Keiffer (Bruxelles). **Fibro-myômes utérins sous-séreux dans un cas d'arrêt de développement de l'utérus, avec prolapsus total externe de la matrice et des organes voisins.**

Consolas (Athènes). **Malformations utérines.**

Boursier et Jacobs citent deux observations dans lesquelles l'ablation des annexes supprima des crises dysménorrhéiques chez des femmes dont le **vagin et l'utérus étaient absents ou imparfaitement développés.**

Vallin. **Un cas de péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie ; opération datant de quatre ans.** — De ce fait, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La forme ascitique de la péritonite tuberculeuse offre, en certaines circonstances, des difficultés diagnostiques insurmontables ;

2° Cette observation est une preuve de plus de la possibilité, non expliquée, de la guérison de la péritonite tuberculeuse par l'incision péritonéale ;

3° Elle va à l'encontre de la pensée de ceux qui croient que la forme ascitique répond à la tuberculose péritonéale primitive ;

4° Elle paraît bien démontrer la réalité de la contagion de la tuberculose par les rapports sexuels.

LAURENT (de Bruxelles). **La persistance de la menstruation après l'hystérectomie**, peut être observée. Pour que le phénomène susceptible d'entraîner des accidents se produise, il faut qu'il reste une certaine quantité de muqueuse utérine. Et peut-être n'est-il pas nécessaire que les annexes soient restées en place. Pour éviter les accidents possibles, il importe donc de détruire toute la muqueuse utérine, et d'autre part, pour se mettre en garde contre toute possibilité de grossesse, d'extirper les ovaires. L'auteur a vu la menstruation survenir après une résection de l'utérus pour myômes, au cours de laquelle il avait enlevé les parois antérieure et latérales de l'utérus et un ovaire.

FAUCON (Lille). **Un cas de prolongation de grossesse**, de 3 semaines au moins, observé chez une femme à bassin rachitique. Accouchement à terme, présentation du tronc, version, enfant du poids de 11 livres.

VULLIET. **Utérus traité par le chlorure de zinc, et présentant une oblitération complète du col.**

AUVARD (de Paris) préconise le **tamponnement utérin** avec de la gaze iodoformée dans les conditions suivantes :

1) Hémorrhagies après accouchement;
2) Hémorrhagies après avortement ;
3) Hémorrhagies du *post-partum* ;
4) Hémorrhagies après curettage ;
5) Hémorrhagies après myomectomie vaginale.

HENDRICKX (de Bruxelles) présente **deux enfants laparotomisés l'un et l'autre pour une péritonite tuberculeuse** ; et un troisième enfant chez qui fut pratiquée à l'âge de quinze mois une laparotomie pour ablation d'un sarcome du rein.

MENDÈS DE LÉON (d'Amsterdam) lit une note sur le **traitement des myômes utérins**, dans laquelle il reconnaît que la myotomie est une excellente opération qui ne donne qu'une mortalité de 8 %, mais se déclare partisan de l'ablation des annexes.

VERRIER (de Paris) conseille l'emploi de l'**anesthésie mixte en gynécologie**, et estime que l'association du chloroforme et du chlorhydrate de morphine est de beaucoup plus préférable aux autres modes d'anesthésie.

APOSTOLI (de Paris) recommande l'**emploi préalable du traitement électrique** dans les cas de maladies des annexes, sans préjudice des autres procédés chirurgicaux, auxquels il sera toujours

temps d'avoir recours si la *sédation faradique* ou la *réaction galvanique* intra-utérine ne donnent pas de résultat satisfaisant.

Danion (de Paris) communique les résultats de ses observations relatives à l'**action de l'électricité sur les hémorrhagies produites par les fibromes.**

Goullioud conseille l'**extirpation par la voie vaginale**, sans hystérectomie préalable, des petites pyosalpingo-ovarites unilatérales simples, avec peu d'adhérences, et lorsque le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible.

Duret (de Lille) fait une communication sur les **tumeurs végétantes de l'ovaire.** Ces tumeurs ont une histoire à part et une évolution toute spéciale, mais on peut les reconnaître cliniquement, grâce à la sensation de fongosités par laquelle elles se caractérisent, et la survie qui accompagne souvent leur extirpation suffit pour justifier l'intervention chirurgicale.

Bossi (de Gênes) communique les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques sur les divers processus de **réparation de la muqueuse utérine** détruite par le raclage ou par des applications de pâte de Canquoin.

Des formes frustes et anormales de la septicémie puerpérale.

Labadie-Lagrave (1) et Basset (Paris). — Après avoir rappelé l'influence si efficace de la méthode antiseptique, non seulement au point de vue de la disparition de certains accidents puerpéraux, mais aussi de l'atténuation de certaines complications encore observées (salpingite, phlegmatia alba dolens, etc., etc.), les auteurs résument dans quelques propositions les résultats de recherches bactériologiques qu'ils ont faites :

1° L'examen direct ou des cultures montre *au début* de l'affection, dans le sang et les lochies, des microcoques, des diplocoques mobiles et des chaînettes de streptocoques ayant 8 et 10 éléments;

2° Lorsque la fièvre s'abaisse et après un traitement approprié, les chaînettes diminuent et n'ont plus que 3 ou 4 éléments. Elles disparaissent avec l'état aigu, mais les microcoques persistent et la malade ne peut être considérée comme guérie que lorsque ces organismes ont complètement disparu du milieu sanguin ;

3° Le microcoque reproduit, dans les cultures en série, les chaî-

(1) *Annal. de gynécol. et d'obstét.*, octobre 1891, p. 244.

nettes de 8 à 10 points : c'est donc une forme atténuée du streptocoque;

4° Dans les formes prolongées, on trouve au début les mêmes caractères que précédemment, mais ici les microcoques et diplocoques persistent malgré l'apyrexie. S'il se produit une localisation, le streptocoque en chaînettes de 8 à 10 éléments reparaît pendant la période aiguë pour disparaître au déclin de l'état fébrile. D'où cette conclusion : le streptocoque en chaînettes est la forme virulente du microbe puerpéral, il apparaît avec l'état aigu et disparaît avec lui;

5° Une deuxième conclusion peut être tirée de ces constatations : c'est que tant qu'il y aura des microcoques dans le sang, on peut craindre le retour de l'état aigu; la réapparition des chaînettes dans le sang après leur disparition indique que la malade est en imminence d'une nouvelle localisation ou d'une nouvelle poussée aiguë;

6° La série de ces phénomènes peut se produire trois ou quatre fois pour une même malade suivant le nombre des localisations successives.

Hémorrhagies consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Ziembicki formule les conclusions suivantes :

1° Ces hémorrhagies arrivent à la fin du deuxième au cinquième jour. Elles peuvent déterminer la mort des malades par suite de l'anémie suraiguë ;

2° Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser. Le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire ;

3° Contrairement à l'avis de Hegar, de Kaltenbach et de Pozzi, elles ne sont pas généralement d'origine artérielle, mais proviennent des plexus veineux;

4° La cause prédisposante réside dans les phlébectasies consécutives à la grossesse ;

5° La cause directement efficiente paraît due à la section des veines par l'anse du fil de suture métallique ;

6° On ne peut pas admettre, comme le veulent Hegar et Pozzi, que ces hémorrhagies soient toujours imputables aux chirurgiens et à une faute de technique opératoire ;

7° La taille hypogastrique pratiquée à temps arrête l'hémor-

rhagie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos : elle est donc au premier chef hémostatique ; en second lieu, elle peut assurer la première intention de l'opération plastique faite par le vagin et éviter un échec imminent.

Dégagement de la tête dans les accouchements par le front.

HEINRICIUS (d'Helsingfors) cite une observation dans laquelle le dégagement se fit par un mécanisme particutier : X..., 23 ans, primipare, en travail. Tête fœtale dans l'excavation pelvienne, suture frontale parallèle au diamètre transverse. Accès éclamptique. Terminaison de l'accouchement avec le forceps ; l'instrument est appliqué entre les diamètres antéro-postérieur et oblique droit. Rotation de la tête, qui se place de telle façon que le bord alvéolaire du maxillaire inférieur s'applique sur le bord inférieur de la symphyse. Le dégagement se fait suivant les diamètres mento-frontal, mento-bregmatique et mento-occipital. (Cas analogue dans la thèse de Devars, Lyon, 1885.)

Sur l'énucléation des fibromes.

ENGSTROM. — De préférence à la castration ou à l'hystérectomie supra-vaginale ou totale, opérations graves et essentiellement mutilatrices, l'auteur conseille l'énucléation qui convient dans le cas de myôme peu volumineux ou de noyaux fibromateux peu nombreux. Sur 21 opérations, il n'a eu qu'un décès, encore a-t-il été causé par des accidents purement intestinaux.

DOYEN (de Reims). **Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale**, permettant d'enlever, par laparotomie, l'utérus en totalité : incision en long et d'un seul coup du cul-de-sac péritonéal postérieur et de la surface péritonéale du fibrome ; puis incision circulaire, partie de la première et la rejoignant en circonscrivant le segment supérieur de la tumeur et passant au-dessus des pédicules ovariens. Décortication sous-péritonéale, sans forci-pressure, ligature des pédicules annexiels, extirpation complète de l'utérus : 11 opérations avec 1 mort.

Note sur la symphyséotomie.

PORAK. Communication à l'occasion de 2 symphyséotomies, avec succès pour les mères et les enfants.

La symphyséotomie constitue, avec l'opération césarienne, une opération conservatrice de l'enfant sans faire courir à la mère les risques de cette grave intervention.

L'étendue de ses indications constitue un problème dont les éléments sont complexes, aussi bien quant au degré et à la variété du vice de conformation pelvienne, qu'en ce qui est relatif à l'appréciation du volume de l'enfant. La limite inférieure du degré de rétrécissement est encore sujette à discussion ; il sera prudent, pour fixer sa limite supérieure, de recourir dans les cas douteux à une application de forceps qui fournira avec précision l'impossibilité de franchir le rétrécissement sans compromettre la vie de l'enfant. Le champ de l'embryotomie se trouve donc circonscrit d'une façon presque générale au cas où l'enfant est mort.

L'expérimentation sur le cadavre fournit les notions nécessaires à fixer la pratique du manuel opératoire. *Le ligament triangulaire est puissant et inextensible et ne permet qu'un très faible écartement angulaire de la symphyse tant qu'il est conservé* (1).

Lorsqu'on porte en abduction les cuisses, surtout d'une façon brusque, après la section du ligament triangulaire, il se peut que le diastasis d'une des articulations sacro-iliaques se produise avec lésion du ligament antérieur après un très faible écart des pubis. Le diastasis ne se produit sur la seconde articulation sacro-iliaque qu'après un écart plus considérable des pubis, mesurant de 7 à 8 centimètres. Il se fait alors sur le tissu cellulaire post-pubien des tiraillememts tels qu'on peut craindre des lésions des voies urinaires, surtout de l'urèthre. La réparation des lésions du diastasis sacro-iliaque semble plus facile que celle des lésions pubiennes.

On a proposé de nombreux procédés opératoires, mais, en réalité, les plus simples, accomplis avec le bistouri, sont les meilleurs. Ils sont différents suivant qu'on opère la malade dans le décubitus dorsal ou dans la position en travers du lit. On devra toujours pratiquer les sections dans le décubitus dorsal, parce qu'on rapproche d'une façon plus certaine l'un des pubis de l'autre.

La symphyséotomie ne présente ordinairement pas de compli-

---

(1) A rapprocher de l'opinion émise par Léopold. Voir p. 290. R. L.

cations graves ; il se produit quelquefois, immédiatement après l'opération, une hémorrhagie ordinairement modérée ; la fièvre est nulle ou négligeable, l'incontinence d'urine rare est habituellement de courte durée ; l'échec de la réunion de la plaie par première intention est également possible.

Tardivement, la conséquence, qui a le plus préoccupé *a priori*, consistait en la possibilité et la persistance de la mobilité des articulations pelviennes et dans la gêne consécutive de la marche. Dans les deux cas dont je viens de parler, quoique la mobilité des articulations ait été certainement plus prononcée qu'à l'état normal, la marche s'est accomplie facilement, et la douleur aux symphyses est restée nulle ou légère, aussi bien à la suite de la pression qu'à la suite de la fatigue.

Note sur l'opération césarienne.

CAMERON (de Glasgow). — Dans les bassins rétrécis, au-dessous de 7 cent. 1/2 la césarienne doit être faite, non comme opération de nécessité, mais comme opération de choix. Mieux vaut attendre un début du travail, pour bénéficier des contractions utérines et d'un certain degré de dilatation pour le drainage des liquides. Comme précaution contre l'hémorrhagie, l'auteur conseille l'application dans le vagin, quand on fait la première incision, d'un pessaire qu'on retire dès que l'ouverture est assez large pour admettre le doigt.

Du ballon de Petersen en gynécologie.

LEPRÉVOST (Havre). — Ce ballon, qu'on applique tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, est destiné à faciliter certaines opérations qui se pratiquent dans le petit bassin, sur la portion vaginale du col, dans le cul-de-sac de Douglas, en rendant ces régions plus accessibles. Introduit, par exemple, dans le vagin, l'appareil refoule le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral, ouvre, étale en quelque sorte le cul-de-sac vésico-utérin et amène la partie supra-vaginale du col dans le champ de l'incision abdominale ; en même temps ,il immobilise l'utérus d'une façon plus égale et plus continue que ne saurait le faire la main d'un aide. Il facilite également l'enlèvement des liquides par l'étalement des parties déclives où ils ont une tendance à se collecter.

Toutefois, l'usage du ballon exige beaucoup de surveillance, si l'on veut prévenir des déchirures d'autant plus à craindre que le plancher pelvien aura perdu de sa souplesse et de son extensibilité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baer. A plea for the early diagnosis in the pelvic diseases of women. *Phila. Polycl.*, 1892, I, 32. — **Beebe** (**C.-V.**). Sterility. *Northwest-Lancet*, St-Paul, 1892. XII, 145-147. — **Edis** (**A. W.**). A note on sterility. *Med. Press. and Circ. London*., 1892, n. s , LIII, 389. — **Foerster**. Clinical and microscopical analysis of twenty-five extirpated ovaries with special references to hæmatoma. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 577. — **Harris**. The microscope as an aide to diagnosis in diseases of the uterus. *Med. News* Philad., 1892, LX, 480. — **Herff**. Ueber den feineren Verlauf der Nerven im Eierstocke des Menschen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 289. — **Jones**. Microscopical studies in pelvic peritonitis. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, LI, 597. — **Manton**. On a certain cause of sterility, and its cure. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 493. — **Mensinga**. *Facultative sterilität*. Neuwied, 1892. — **Mundé**. Experience with oophorectomy for the cure of hystero-epilepsy. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 454. — **Oliver**. On that Form of Painful Menstruation called Functional, with suggestions as to Treatment. *Edinb. m. J.*, juillet 1892, p. 43. — **Pérignon**. Hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau d'un phlegmon du ligament large gauche. Cure radicale; guérison. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 231-233. — **Rheinstaedter**. *Praktische Grundzüge der Gynækologie*, 420 pages, Berlin, 1892. — **Romitri**. Una castrazione femminile per isteria grave; guarigione. *Riv. gen. ital. di clin. med.*, Pisa, 1892. IV, 50. — **Schatz**. Ueber die Einwirkung einer Ureterscheidenfistel auf die Urinsekretion der bet. Niere. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynæk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 387. — **Schaw**. The nervous system and some forms of endometritis, endocervitis and leucorrhea. *St-Louis Cour. Med.*, 1892, VI, 121. — **Wylie**. Diseases of the femal genitals simulated by diseases of other pelvic organs. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 565.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Arendt**. Ueber Masteuren und ihre Anwendung bei chronischen Krankheiten der weiblichen Sexual organe. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1892, VI, 9. — **Arnaud**. Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre. *Bull. gén. de thérap.*, etc., Par., 1892, CXXII, 403. — **Bardenheuer**. Verschluss grosser Vesico-vaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Berl., 1891, XX, pt 2, 103. — **Boulengier**. Quelques prin-

cipes généraux relatifs au traitement des endométrites et de leurs complications ovaro-salpingiennes. *Press. med. belg.*, Brux., 1892, XLIV, 126, 134.— **Bröse.** *Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus*, Berlin, 1892. — **Burrage.** The electrical treatment of pelvic inflammation. *Boston, M. and S. J.*, 1892, CXXVI, 600. — **Coë.** Tamponado of the uterus. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 213.— **Eichholz.** *Uterusirrigation oder intrauterine Œtzung?* Neuwied, 1892. — **Eliot.** The conservative treatment of pyosalpinx. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1892, XIX, 20.— **Garsony.** Du traitement local des ulcères vaginaux par l'alcool. *Orvosi betil.*, Budapest, 1892, XXXVI, 92. — **Goelet (Augustine H.).** *The electro-therapeutics of gynæcology. Detroit, Mich.*, 1892, G. S. Davis, 202, 207 p., in-12.— **Henrotay (J.).** De l'irrigation continue pendant les opérations gynécologiques; un dispositif destiné à faciliter son emploi. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 200-203. — **Keiffer.** Le pessaire dans le traitement des métrites. *Clinique*, Brux., 1892, VI, 65. — **Kelly.** The urethral catheter. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 768. — **Klein.** Zur balneologischen Behandlung der chronischen Endometritis. *Wiener med. Presse*, 1892, XXXIII, 838. — **Mackenrodt.** Beitrag zur intrauterinen Therapie. *Sammlg. klin. Vortr.*, Leipz., 1892, nº 45. — **Mackenrodt.** Was leistet die Elektrotherapie der Myomic : Antwort auf die Erwiderung der Dr. Shaffer. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1892, XVIII, 426. — **Maddern (W.).** A few remarks upon the Brandt system of treatment of the diseases of women. *Brooklyn M. J.* 1892, VI, 285-301. — **Malécot.** Sonde se fixant elle-même à demeure dans la vessie. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Par., 1892, XIX, 321. — **Puech (S.).** Note sur un cas de glande mammaire surnuméraire. *N. Monpellier méd.*, 1892, I, 292-300. — **Ries (E.).** Ueber den Werth und die Bedeutung der Gymnastik in Verbindung mit der Brandt'schen Massage. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1892, XVIII, 402. — **Robb (H.).** The use of morphine and other strong sedatives in gynæcological practice. *Maryland M. J.*, Balt., 1892, XXVII, 617-620. — **Routier.** Utérus dont la cavité a été en grande partie détruite, en tout cas oblitérée par l'application du crayon de chlorure de zinc. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1892, XVIII, 230. — **Schauta (F.).** Ueber die Beckenhochlagerung bei gynäkologischen Operationen. *Wien. med. Wchnschr.*, 1892, XLII, 1, 51, 95. — **Sloan.** Note on the influence of rest in the treatment of diseases of women. *Glasgow M. J.*, 1892, XXXVII, 412. — **Taylor.** Carcinoma of the uterus; a plea for the cautery in inoperable cases. *Sei-i-Kwai M. J.*, Tokyo, 1892, XI, 61. — **Wylie.** Uterine drainage. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 441.

ANOMALIE DES ORGANES GÉNITAUX. — **Debierre (Ch.).** *Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme.* Paris, 1892, J.-B. Baillière et fils, 35 pages in-12.— **Elischer (J.).** Ein Fall von Uterus rudimentarius und cervix rudimentaria. *Pest. med. Chir. Presse*, Budapest, 1892, XXVIII, 274. — **Giglio.** Due casi di malformazioni dei genitali muliebri (Utero doppio o bipartito, bicollo, con vagina septa; utero bipartito unicollo con vagina simplice). *Riforma med.*, Napoli, 1892, VIII, 185; 195. — **Hudspeth (G.-W.).** Congenital malformations of the uterus. *J. M. Soc. Arkansas, Little Rock*, 1891-2, II, 491-494. — **Mondon.** Elephantiasis des grandes lèvres; tumeurs pesant 25 kilogr. Opération. Guérison. *Arch. de méd. nav.*, Paris, 1892, LVII, 293-97. — **Martin (J.-N.).** Absence of vagina; cyst of vulvo-

vaginal gland; bilateral laceration of cervix; fibroid of uterus causing menorrhagia. *Am. Gyn. J.*, Toledo, 1892, II, 287-291.

VULVE ET VAGIN.— **Alexander.** Congenital deformity of external-female genitals; entire absence of urethra: spontaneous dorsal dislocation of the hip as the result of efforts to retain urine; correction of deformity; with some observations upon the technique of ureteral catheterism. *J. Cutan. and Genito-Urin, Dis.*, N.-Y., 1892, X, 253. — **Cotrelle.** Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1891, IX, 185; 1892. X, 200; 214; 231. — **Döderlein.** Ueber Scheidensekrete und Scheidenkeime. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 35. — **Gow.** Primary sarcoma of the vagina. *St-Barth. Hosp. Rep*, Lond., 1891, XXVII, 97. — **Kennedy.** Congenital atresia of the vagina; operation; cure. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891-2, IV, 703. — **Körner.** *Ein Fall v. primären Scheiden sarcom im Kindesalter,* Diss., Göttingen, 1892. — **Neuman.** Ein Fall aphthoser Erkrankung der Vagina mit consecutiven Erythema multiforme. *Prag. med. Wchschr.*, 1892, XVII, 158. — **Ostermayer.** Ein Fall von traumatischer Vaginalruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 31, p. 610. — **Ozenne.** Du cancer des grandes lèvres. *Bullet. méd.*, Paris, 1892, VI, 873.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Abbott.** A note on the precise diagnosis of the lesions in old ruptures of the perineum. *Northwest-Lancet,* St-Paul, 1892, XII 100. — **Boise.** The surgical treatment of backward displacements of the uterus. *Physic. and Surg. Ann.*, Arb. and Detroit, 1892, XIV, 150. — **Czempin.** Ueber Dammplastik durch Lappenbildung. *Deutsche med. Wchschr.*, Leipz. u. Berl., 1892, XVIII 449. — **Hall.** Total extirpation of the uterus for large fibroid tumor. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 809. — **Herrick.** Operative procedure in uterine displacements. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 490. — **Batuaud.** Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine *Rev. méd.-chir. d. mal. d. femmes,* Par., 1892, XIV, 221. — **Räter.** Zur Aetiolgie des Prolapses von Uterus und Vagina. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 721. — **Wylie.** The significance of uterine displacements. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-2, V, 321.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bakowski.** Uterusabscess mit Perforation in der Cervix; Heilung. *Frauenarzt*, Berl., 1892, VII, 111. — **Baldy.** Chronic endometritis. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-2, XXVI, 485. — **Bogart.** Lacerated cervic. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891-2, XIX, 721. — **Boldt.** Glandular endometritis and chronic metritis. *Proc. N. York Path. Soc.*, 1891-2, 50. — **Herzfeld.** Ueber Blutungen bei Erkrankungen der Uterus-Adnexa. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 161; 173; 196. — **Montgomery.** Endometritis; uterine dilatation and drainagie. *Med. News*, Philad., 1892, LX, 404. — **Ribaux.** Observations d'un cas d'endométrite et considérations sur la méthode de traitement de Dumontpallier et Polaillon. *Rev. de la Suisse romande.*, Genève., 1892, XII, 94. — **Tannen.** Zur Kasuistik und Diagnose der Fremdkörper im Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 28, 543. — **Skene.** Laceration of the cervix uteri with erosion; the diagnosis of erosion from malignant disease. *Intern. Clin.*, 1892, IV, 194.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Amann.** *Neubildungen der Cervical portion d. Uterus.* 92 p., München, 1892. — **Baldy.** Ute rine cysts. *Am. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-2, V, 362. — **Coe.** Rupture of the uterus; hysterectomy; death. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 682. — **Cushing.** Vaginal hysterectomy for cancer. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 433. — **Delbet.** Sur un cas de fibromyôme utérin sous-péritonéal adhérent à la paroi; difficultés du diagnostic; opération pendant la grossesse. *Arch. gén. de méd.*, Par., 1892, I, 209. — **Edebohls.** Carcinomata of the uterus; myomata: laparo-vaginal hysterectomy; death from intestinal paralysis. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 819. — **Freeborn.** Carcinomata and fibromata in the same uterus. *Proc. N. York Path. Soc.*, Lond., 1891-2, XXXIII, 158. — **Gross.** Tumeur fibro-cystique de l'utérus. *Rev. méd de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, 161. — **Haultain.** Pedunculated Uterine growths. *Edinb. M. J.*, septembre 1892, 253. — **Léopold** Zur Diagnose des Carcinoma Carporis uteri. *Verhand. d. deustch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 108. — **Petrovic.** Beitrag zur Exstirpation des myomatosen Uterus nach Chrobak. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 91. — **Pfannenstiel.** Demonstration eines Uterus mit zahlreichen Flimmerepithelcysten auf der peritonealen Flache. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 318. — **Rossier.** Beiträge zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei maligner Neubildung desselben. *Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte.*. Basel., 1892, XXII 202.

INFLAMMATIONS PÉRI-UÉTRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Boldt.** Suppurative ophooritis. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 289. — **Cabot (A.-T.).** The treatment of pelvic abcess. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVI, 493. — **Chadwick (J.-R.).** The pathology, diagnosis and treatment of pelvic inflammations. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVI, 493. — **Chénieux.** Tumeur de l'aine droite; hernie de l'ovaire; pyosalpinx; opération. *Limousin méd.*, Limoges, 1892, XVI, 38. — **Crofford.** Tubercular peritonitis. *Memphis M. Month.*, 1892, XII, 249. — **Fitz (R.-H.).** The pathology of pelvic inflammation. *Boston M. and S. J.*, 1892. CXXVI, 491-93. — **Fournier.** Suppuration pelvienne prolongée. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1892, X, 230. — **Hellier (J.-B.).** On pelvic haematocele. *Prov. M. J.*, Leicester, 1892, XI, 405. — **Huikson.** Pyosalpinx following miscarriage successfully removed. *Med Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 405. — **Landau.** Zur Behandlung der chronischen Beckenceiterungen. Die Resektion des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, n° 35, p. 689. — **Madden (Thomas More).** *Diseases of the Fallopian tubes and their treatment*, Dublin, 1892. — **Morisani (O.).** Ematocele periuterina extra-peritoneale. *Bull. d. clin.*, Milano, 1891, IX, 49-67. — **Modlinski.** Cas de péritonite suppurée consécutive à une affection utérine, laparotomie; guérison. *Med. Obozr.*, Mosk., 1892, XVXVII, 548. — **Pépin.** Salpingites et salpingectomies. *J. de méd. de Bordeaux*, 1892, XXII, 139. — **Potain.** Un cas d'hématome péritonéal. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Par., 1892, VI, 369. — **Reynier (P.).** De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine. *Bull. Soc. de méd. prat. de Paris.*, 1892, 182; 194. — **Robinson.** Gonorrhœal peritonitis. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1892, IV, 19, 62. — **Veit.** Ueber Hämatosalpinx. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, Leipz., 1892, IV, 215. — **Witte.** Der bacillus lanceolatus Fraenkel in pyosalpinx. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz. u. Berl., 1892, XVIII, 451.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Cleveland** Fibro-adenoma of the par.ovarium. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 592. — **Edebohls.** Hematoma of the ov ry diagnosticated by exploratory puncture. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 685. — **Mantel.** *Dermoid Kysten d. Ovariums.* Diss , Heidelberg, 1892. — **Freund.** Die Lage der Ovarialdermoïde zum Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 31, p. 609.— **Ott.** Ein Fall von Tuboparovarialcyste. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 721.— **Rosthorn.** Zur Anatomie der Tubo par ovariolcysten. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891. Leipz., 1892, IV, 327.

ORGANES URINAIRES. — **Bozeman.** Accidental uretero-vaginal fistula following hysterectomy; cure by kolpo-uretero-cystotomy, gradual preparatory treatment and button-suture. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 453. — **Bridges.** Strictura of urethra in the female, and reflex neurosis from urethral, stricture in the male. *Med. Rec.* N. Y., 1892, XLI, 516. — **Currier.** A new method for operating for vesico-vaginal fistula and the use of salol for keeping the bladder quiet. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 604. — **Giorgini.** Fistola uretro-vaginale operata col processo americano con sollecita; guarigione. *Gazz. med. di Roma*, 1892, XVIII, 121. —**Kleinwächter.** Zur vesicalen operation des Blasencervixfistel. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Stutt., 1892, XXIII, 338. — **Rheinstädter.** Eine seltene Komplikation der Cystocele *Cent. f. Gyn*, n° 36, p. 710. — **Skene.** Hernia of the bladder. *N. York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 433. — **Weil.** Ein Fall von isolater Harnleiter-Scheidenfistel bewirkt durch einen Mayer'shen Ring. *Wien. klin. Wchschr.*, 1892, V, 235.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Braithwaite.** Removal of cancerous cyst in the broad ligament. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 1138. — **Brewis.** A Series of Abdominal Sections. *Edinb. m. J.*, septembre 1892, p. 242. — **Dudley (A.-P.).** General emphysema following laparotomy. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892. II, 443-446. — **Emmet.** Broad-ligament cleamps for use in vaginal hysterectomy and drainage-trocar. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 334. — **Guermonprez.** De l'abus de l'opération de Battey ou de Tait. *N. Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1892, VII, 187-191. — **High.** Protection of the ureters in vaginal hysterectomy. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1892, IV, 106. — **Jones.** Abdominal section for multiple fibroïd of uterus. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 807. — **Keith.** The treatment of the pedicle in ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892. I, 967. — **Krukenberg.** Kastration und Flimmerepithel. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipzig, 1892, VII, 417. — **M'Ardle.** The treatment of the pedicle after the myomectomy and hysterectomy. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland.* Dubl., 1890-91, IX, 341. — **Martin (F.-H.).** Specimen from a series of eleven cases of laparotomy. *Am. J. Obst.* N.-Y. 1892, XXV, 657, 662. — **Odebrecht.** Ueber ein « dreifache Laparotomie ». Beitrag zur Frage und Bedeutung der Peritonealverwachsungen. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 34, p. 673. — **Opie.** Abdominal surgery. *Med. Age*, Detroit, 1892, X, 296. — **Ott.** Einige technische Modifikation der Tamponade der Bauchhöle. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 32, p. 625. — **Petrascu.** Hysteropexia. *Clinica*, Bucuresci, 1892, III, 52. — **Pilcher.** The ultimate results of operation for removal of the uterus or its appendages. *Am. Surg.*, Philad., 1892, XV, 220. — **Sanderson** On a methode of ligaturing the pedicle in ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 1184. — **Price.**

Abdominal drainage. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Philad., 1891-92, V, 341. — **Slavjansky**. Laparotomyconservation. *J. akush. I. Jensk. boliez.*, St-Petersb., 1892, VI, 189.

OBSTÉTRIQUE

APPAREILS ET INSTRUMENTS. ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ. — **Briegleb**. Geburt eines lebenden Kindes bei vollstandig zersetztem Fruchtwasser. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 29, p. 571. — **Budin**. Conduite à tenir pendant le travail dans les cas de présentation du siége décomplété, mode des fesses. *Rev. génér. de clin et de thérap.*, Paris, 1892, VI, 257. — **Remy**. De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion ; moyens d'y remédier. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, 97.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Acconci**. Sur la contraction et sur l'inertie de l'utérus. *Arch. ital. de biol.*, Turin, 1891-92, XVI, 208. — **Ballantyne**. A case of rupture of the spleen in a new-born infant. *Arch. Pediat.*, Philad., 1892, IX, 275. — **Blanc**. Sur une anomalie nouvelle de l'amnios. *Compt. rendu Soc. de biol.*, Par., 1892, IV, 320. — **Herzog**. Ueber den Ruckbildungsprocess der Umbilicalgefässe. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirg.*, Berl., 1891, XX, pt. 1, 118. **Pestalozza**. *Anatomia dell' utero umano in gravidanza ed in travaglio in* 9 *tavole di grandezza naturale*. Milano, 1891. — **Soffiantini**. *Sezione mediana verticale antero-posteriore mediante congelamento di cadavere al sesto meze di gestazione*. Milano, 1891. — **Walther**. Ein Fall von tuberosem subchorialen Hämatom der Decidua. *Cent. f. Gyn.*, nº 36, p. 707. — **Walcher**. Die Veranderlichkeit der Conjugata. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 446.

DYSTOCIE. — **Hüter**. Das Myom des Uterus als Geburts-Hinderniss *Berl. klin. Wchnschr.*, 1892, XXIX, 112.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dobbert**. Beitrage zur Anatomie der ektopischen Schwangerschaften. *Arch. f. path. Anat.*, etc., Berl., 1892, CXXVII, 397. — **Engstrom**. Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft., Bd XXIV, Hft 2, p. 201. — **Jouin**. Grossesse extra utérine tubaire ; extraction du fœtus par le vagin ; guérison. *Rev. génér. de l'antisepsie méd. et chir.*, Par., 1892, V, 73. — **Leopold**. Ausgetragene Tubenschwangerschaft mit ganzlicher Entfernung des Fruchtsackes ; Kind in Steisslage ; Genesung. *Verhand. d. deutsch.*, *Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 167. — **Ross**. Abdominal section for purulent peritonitis resulting from ectopic gestation. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 354. — **Rosthorn**. Gravidität in einer Tuboovarialcyste. *Verhandl. d. deutsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 155. — **Taylor**. On some cases of ectopie gestation. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIII, 465. — **Werder**. Some moot points in ectopic gestation. *Tr. Am. Assoc. Obst. and Gynec.*, 1891, Philad., 1892, IV, 204.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Martin**. Twin pregnancy, one fœtus in utero and the other extra-uterine. *Ann. de Gyn. and Pæd.*, Philad., 1891-92, V, 534.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ballantyne.** Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. M. J.,* juillet 1892, p. 57 ; 142. — **Bettmann.** Premature labor and the newborn child. *Am. J. Obst.,* N. Y., 1892, XXV, 315. — **Chisolm.** Eye diseases of the unborn. *Tr. M. and Chir. Fac.,* Maryland, Balt., 1891, 365. — **Dohrn.** Ueber gonorrnoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.,* 1891, Leipz., 1892, IV, 13. — **Eisenhart.** Beckenmenge und Geschlecht des Kindes. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 26, p. 498. — **Ferrari.** Un caso di morte di feto per nodo vero del cordone ombellicale e resultati di alcune ricerche sperimentali sui nodi che artificialmente si possonof are sui cordoni ombellicali. *Gazzett. med. Lomb.,* Milano, 1892, LI, 141. — **Grynfelt** et **Puech.** Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né. *N. Montpell. méd.,* 1892, I, 125. — **Hüter.** Zur Enstehung des Kephalæmatoma externum. *Berl. klin. Wchschr.,* 1892, XXIX, 41. — **Rissmann.** Ein Beitrag zur Frage der fötalen Nierenfunktionen. *Cent. f. Gyn.,* 1892. n° 26, p. 497. — **Scholz.** *Ub. fœtale Rachitis,* Diss. Göttingen, 1892. — **Sperling.** Ueber die Aetiologie der sogenannten intrauterinen Fracturen an den Extremitaten, im besonderen der Unterschenkelknochen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* Bd XXIV, Hft 2, p. 225.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Boisleux.** Ueber intraligamentare Elytrotomie und ihre Indikationen. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 29, p. 561. — **Boislinière.** Craniotomy or Cæsarean Section? *Am. gynec. J.,* Toledo, 1892, II, 213. — **Dührssen.** Zur Statistik des Cervix und Scheidendammeinschnitte. *Cent. f. Gyn.,* 1892, XVI, 141. — **Desiderius v. Velitzs.** Beiträge zur Kaiserschnitts. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* Bd XXIV, Hft 2, p. 185. — **Everke.** Ein Fall von Porro-operation wegen Beckenenge in Folge von Osteomalacie ; Heilung des osteomalacie. *Deutsch. m. Wchschr.,* Leipz., 1892, XVIII, 72. — **Grandin.** Note on the normal rectification of occipito posterior position. *Am. J. Obst.,* N. Y., 1892, XXV, 632. — **Leopold.** Zwei symphyseotomien mit glücklichen Ausgang für Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 30, p. 585. — **Morisani.** Sulla sinfisiotomia. *Giorn. internaz. d. sc. med.,* Napoli, 1892, XIV, 121. — **Müllerheim.** Uber die symphyseotomie. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 30, p. 588. — **Noble.** Unique case of Cæsarean section. *Tr. Coll. Phys.,* Phila., 1891, XIII, 118. — **Petroff.** Section césarienne dans un cas d'obstruction pelvienne par une tumeur. *Vracth.,* Saint-Pétersbourg, 1892, XIII, 29. — **Tracou** et **V. Bué.** De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse. *Arch. de tocol. et de gyn.,* Par., 1892, XIX, 6. — **Varnier.** De la symphyséotomie. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.,* juillet 1892, 193 ; 225.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Arnaud.** Des éruptions scarlatiniformes dans l'état puerpéral. *Marseille méd.,* 1892, XXIX, 205. — **Azaïs.** *Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale, sa fréquence, ses formes, sa gravité à Lyon ; Maternité, hospice de la Charité.* Lyon, 1891. — **Barer.** Some mooted points concerning the vomiting of pregnancy. *Pacific M. J.,* San-Franc., 1892, XXXV, 76. — **Bickham.** Albuminuria of pregnancy. *N. Orl. M. and S. J.,* 1891-2, XIX, 903. **Breus.** *Das tuberöse subchoriale Hæmatom der Decidua; eine typische Form der Molenschwangerschaft,* Leipzig und Wien. — **Desprez.** Décollement placentaire ; hémorrhagie; accouchement prématuré. *Arch. de*

toc. et de gynéc., Par., 1892, XIX, 15. — **Favre**. Die Ursache der Eklampsie eine Ptomaïnaemie mit Berücksichtigung einer neuen Methode der Nephrectomie behufs Herabsetzung ihrer noch geltenden hohen Sterblichkeitsziffer und eine Genese der bunten Niere; eine bakteriologische-experimentelle Untersuchung an 3 klinischen Fällen. *Arch. f. path. Anat.*, Berl., 1892, CXXVII, 33. — **Fischer**. Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftniere. *Prag. med. Wchschr.*, 1892, XVII, 175. — **Gilmore**. Insanity of the puerperium. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, N. Y., 1892, XIX, 408. — **Grynfeltt**. Hémorrhagies de la délivrance. *N. Montpellier méd.*, 1892, I, 223. — **Hellier**. Concealed ante-partum hæmorrhage and placental apoplexy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 1237. — **Hànau**. Ueber Knochenveranderungen in der Schwangerschaft und über die Bedeutung des puerperalen Osteophytes. *Fortich. d. Med.*, Berl., 1892, X, 237. — **Herrmann**. *Ub. Tympania Uteri nebst 4 einschl. Fällen* Königsberg, 1892. — **Jacquet** et **Renaud (J.)**. Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite, ecthyma ulcéreux streptococcique de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1892, LXV, 245. — **Jahreiss**. Intraperitoneale Blutung durch Abortus tubæ; Laparotomie; Heilung. *Munch. med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 149. — **Leudon**. Two cases of molar pregnancy. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1891-2, XI, 162. — **Lihatzky**. Graviditation achten Monate. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 26, p. 489. — **Litzmann**. *Blutungen nach der Abortus*, In. Diss. Tubingen, 1892. — **Mackness**. Notes on a Case of Placenta prævia. *Edinb. m. J.*, septembre 1891, p. 249. — **Maslovski**. Etude sur l'auto-infection pendant les suites de couches. *J. akush. I jensk. boliez.*, St-Petersb. 1892, VI, 321.— **Mc Kee**. Habitual abortion. *Am. J. Obst.*, N.Y., 1892, XXV, 775.- **Meola**. Contribuzione alla patologia della placenta. *Annal. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 809. — **Montgomery**. Puerperal Septicæmia requiring abdominal section. *Chicag. M. Recorders*. 1892, III, 486. — **Napier**. A case of advanced gestation complicated by septic peritonitis, successfully treated by abdominal section. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1891-2, VII, 362. — **Neustab**. Parametritis puerperale et influenza. *Meditsina*, St-Petersb., 1891, III, 619. — **Ott**. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von puerperaler Sepsis. *Prag. med. Wchnschr.*, 1892, XVII, 145. — **Rogers**. Pathology and treatment of puerperal eclampsia. *Cleveland M. Gaz.*, 1891-2, VII, 166. — **Rosenberg**. Is a rigid os with placenta prævia an absolute indication for Cesarean section? *Am. J. Obst.*, N. Y., 1890, XXV, 787. — **Siegfried Stocker**. Totalextirpation eines im 6 Monat graviden Uterus wegen Carcinom. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 32, p. 632. — **Solowieff**. Über einen Fall von Hyperemesis gravidarum, begleitet von einer. Neuritis Multiplex. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 26, p. 492. — **Stoll**. Beitrag zur Gravidität der Uterus bicornis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 275. — **Sudre**. Notes sur l'éclampsie pendant la grossesse et pendant l'accouchement. *Echo méd.*, Toulouse, 1892, VI, 157. — **Sutugin**. Zur Frage über innere Blutung während der Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 286. — **Wilson**. Erysipelas appearing in the course of puerperal pyemia. *Med. News*, Philad. 1892, LX, 241.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Abel**. Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen. *Berl. klin. Wchschr*, 1892, XXIX, 47. — **Arnaud**. Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps

continué. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1892, LXV, 219. — **Davis**. The preventive treatment of mastitis. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892. XXV, 473. — **Döderlin**. Die Behandlung der Blutungen bei Abortus, Placenta prævia und Atonia uteri post-partum. *Munch. med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 339. — **Fritsch**. Die Antiseptik in der Geburtschilfe. *Intern. klin. Rundschcu*, Wien, 1892, VI, 699. — **Fritsch**. Zur Behandlung frischer puerperaler Exsudate. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 77. — **Frommel**. Zur Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen. *Deutsche med. Wchschr*, Leipz., 1892, XVIII, 202. — **Hoffmann**. Ueber Umgehung der künstlichen Frühgeburt durch diätetische Maassnahmen während der beiden letzten Schwangerschaftsmonate. *Therap. Monat.*, Berl., 1892. VI, 74. — **Levin**. *Hygiene u. Diätetik d. Wochenbettes*, Berlin, 1892. — **Rivière**. De quelques indications des inhalations d'oxygène en obstétrique. *Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1892. XIII, 109. — **Rulison**. The use chloroform in labour. *Tr. N. York M. Ass.*, 1891, VIII, 28. — **Seymour**. Asepsis and antisepsis in obstetrical practice. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 355. — **Silvestre**. *Les injections intra-utérines et les accidents provoqués par leur emploi en obstétrique ; étude clinique.* Paris, 1892. — **Weiss**. *Das Curettement bei Endometritis puerperalis mit besonderer Berucksichtigung der Endometritis putrida sub partu. Ein Beitrag zur Frage der Localbehandlung der Puerperal-Fiebers.* Wien, 1892.

VARIA. — **Barker**. Does organic disease of the heart preclude the use of chloroform in parturition? *North Car. M. J.*, Wilmington, 1892, XXIX, 313. — **Ferdy**. *Die Mittel zur Verhütung der Conception*, Neuwied, 1892. — **Fullerton**. The effect of trachelorrhaphy upon parturition. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 305. — **His**. Offene Fragen der pathologischen Embryologie. *Intern. Beitr. z. Wissensch. Med.*, Festrchr., R. Virchow, Berl., 1891, I, 177. — **Müller**. Geburtshülfliche Erfahrungen aus der Landpraxis. *Munchen, med Wochschr.*, 1892, XXXIX, 183. — **Schauta**, *Grundriss d. operativen Geburtshilfe*, 2 Aufl., Wien, 1892. — **Schiler**. *Endocarditis verrucosa nach Abortus.* Diss., Tübingen, 1892. — **Wiedow**. Das deforme Becken ein Degenerationszeichen. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 220. — **Zweifel**. *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 3 Aufl. Stuttgart, 1892.

BIBLIOGRAPHIE

De l'accouchement spontané chez les femmes à bassin coxalgique, par le Dr F. BRUNEAU. Thèse de Paris, 1892.

1° La coxalgie laisse sur le bassin des traces de son passage, traces qu'il est important de connaître pour le pronostic de l'accouchement. Les lésions sont subordonnées à la forme de la coxalgie, à l'âge auquel est survenue l'affection, à l'intensité du processus, aux complications, au traitement.

2° Le plus souvent, quand la lésion est simple, c'est-à-dire quand on se trouve en présence d'un bassin vicié par la coxalgie, sans synostose sacro-iliaque ou sans viciation surajoutée (rachitisme, etc...) aucun obstacle ne se produit dans l'accouchement qui se fait alors comme dans les bassins normaux.

3° La grossesse est rarement influencée par le processus morbide.

4° Le pronostic est le plus souvent bénin pour la mère et l'enfant.

5° Pour arriver à formuler un pronostic exact, il est essentiel d'examiner chaque parturiente qui a été atteinte de coxalgie, par le toucher manuel pratiqué dans l'anesthésie et de se rendre compte de la situation générale du bassin, de sa forme, de sa déviation, de ses dimensions, de l'étendue du diamètre bi-ischiatique et de la longueur du diamètre promonto-sous-pubien.

6° Les interventions forment la minorité des cas. Elles sont variées et sont subordonnées à la multiplicité des lésions et à l'âge de la grossesse.

Il microorganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. M. PETRONE.

Frammenti di ostetricia. F. LA TORRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA
TOXICITÉ DU SÉRUM SANGUIN CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par **Tarnier,** professeur de clinique obstétricale à Paris,
et **Chambrelent,** professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'éclampsie puerpérale est généralement considérée comme une maladie résultant d'une auto-intoxication, et les belles recherches du professeur Bouchard ont aujourd'hui montré qu'il y a dans cette maladie une diminution très sensible de la toxicité urinaire ; on en a conclu que les produits toxiques non éliminés par les reins devaient s'accumuler dans l'organisme, et contribuer à produire les phénomènes convulsifs caractéristiques de la maladie, en agissant très probablement sur le système nerveux par l'intermédiaire du sang, puisque celui-ci est le réceptacle de tous les poisons fabriqués dans l'organisme. Il était donc intéressant, pour confirmer la théorie de l'auto-intoxication éclamptique, de rechercher directement la présence de poisons convulsifs dans le sang des femmes atteintes d'accidents éclamptiques.

C'est dans ce but que nous avons institué à la Clinique d'accouchements de Paris, une série d'expériences destinées à déterminer la toxicité du sang des diverses éclamptiques

que nous avons eu occasion d'observer, et à comparer la toxicité de ce sang à celle du sang normal.

On sait en effet que le sang normal est lui-même toxique, et les expériences de Rummo (1) ont fixé d'une manière bien nette la toxicité du sérum sanguin recueilli pendant l'état physiologique. L'évaluation de cette toxicité est fournie par la dose de sérum nécessaire pour amener la mort de l'unité de poids d'un animal d'une espèce déterminée; or cette dose est de 10 centim. cubes, pour le lapin, par kilogramme d'animal.

Partant de ces données, nous avons recherché quelle était la dose de sérum du sang de nos éclamptiques nécessaire pour amener la mort de *un* kilogramme de lapin.

Le manuel opératoire que nous avons suivi, sur les conseils du professeur Richet, qui a bien voulu nous laisser faire dans son laboratoire nos deux premières expériences, est le suivant :

Le sang de la malade était recueilli directement et aussi aseptiquement que possible, soit par la saignée, soit par l'application de ventouses scarifiées ; il était introduit dans un récipient bouché à la ouate, et laissé au repos pendant 24 heures à la température ordinaire du laboratoire, de façon à obtenir la formation du caillot et la séparation du sérum.

Ce sérum était alors puisé à l'aide d'une seringue graduée, puis injecté directement et à dose variable dans la veine auriculaire d'une série de lapins. L'injection était poussée très lentement, trente secondes environ par centim. cube ; c'est là une précaution qui nous a paru indispensable, et sans laquelle on pourrait s'exposer à des erreurs graves d'interprétation.

Observation I. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi, amenée à la Clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier, le 1er février 1892, à dix heures du matin.

Cette femme a déjà eu deux attaques d'éclampsie en ville.

---

(1) Rummo. *Riforma medica*, 1889.

Dès son arrivée à la Clinique, elle est soumise aux inhalations de chloroforme et à la médication chloralée.

Nouvelle attaque à deux heures de l'après-midi devant le personnel de la Clinique, ce qui permet de constater qu'il s'agit bien là d'attaques d'éclampsie.

A quatre heures de l'après-midi, c'est-à-dire deux heures après la dernière attaque, saignée de 300 grammes.

Le sang est recueilli dans un vase stérilisé et laissé au repos jusqu'au lendemain matin. Le sérum est alors complètement séparé.

Expériences. — Ce sérum est injecté dans la veine auriculaire d'une série de lapins.

α) Un premier lapin du poids de 2850 grammes, reçoit 14 cent. cubes, soit 5 cent. cubes par kilogr. Ce lapin succombe dix minutes après l'injection en présentant des convulsions.

β) Un deuxième lapin, pesant 2110 grammes, reçoit 9 cent. cubes de ce même sérum, soit 4 c. c. 3 par kilogramme.

Au bout d'un quart d'heure, la respiration devient haletante, l'animal se couche sur le flanc, puis au bout de 25 minutes surviennent des convulsions et l'animal succombe.

γ) Un troisième lapin, pesant 1500 grammes, reçoit 5 cent. cubes de ce même sérum, soit 3 c. c. 3 par kilogramme.

L'animal paraît malade après l'injection, mais il ne tarde pas à se remettre, et les jours suivants il est en parfaite santé.

Nous pouvons donc estimer que la toxicité du sérum expérimenté dans ce cas, est comprise entre 3 c. c. 3, dose insuffisante pour amener la mort de 1 kilogramme du lapin, et 4 c. c. 3, dose à laquelle 1 kilogramme d'animal a succombé.

Il était intéressant de rechercher quel était au même moment la toxicité urinaire de la malade qui fait le sujet de cette observation.

Voici ce que l'expérience nous a donné à ce sujet.

Pendant les 24 heures qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a seulement rendu 450 c. c. d'urine.

Cette urine injectée à la veine auriculaire du lapin, a amené la mort de l'animal, à raison de 40 cent. cubes par kilogramme. Le poids de cette femme étant de 62 kilogrammes, nous avons pour coefficient d'urotoxie calculé d'après la méthode de Bouchard, 0,18.

Ce coefficient d'urotoxie est, comme on le voit, bien au-dessous

de la moyenne 0,46, et, fait intéressant à signaler, il serait à cette moyenne physiologique dans un rapport inverse à celui que nous avons trouvé pour la toxicité du sérum sanguin de cette femme, comparé à celui de l'état physiologique, si nous admettons le chiffre de 10 cent. cubes donné par Rummo. En un mot, l'augmentation de la toxicité du sang de notre malade est proportionnelle à la diminution de la toxicité urinaire.

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que cette femme, qui n'a plus eu de nouvel accès d'éclampsie, est accouchée spontanément le lendemain d'un enfant *mort;* un léger degré de macération indiquait que la mort de cet enfant devait remonter à peu près à la veille.

Les suites de couches ont été normales, et la malade a pu, au bout de douze jours, quitter le service parfaitement remise.

Observation II. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi ; entrée à la Clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier, le 4 février 1892, à dix heures et demie du soir.

Cette femme très albuminurique a eu deux attaques d'éclampsie dans la journée. Elle est, à son arrivée à l'hôpital, dans un état demi-comateux.

Elle est soumise à la médication chloralée. Il n'y a pas de début de travail.

L'auscultation permet de reconnaître que l'enfant est vivant.

Le lendemain de son arrivée à l'hôpital la malade n'a pas eu de nouvelles attaques, mais cependant l'état demi-comateux persiste.

Teinte subictérique. On pratique une saignée de 300 grammes.

Expériences. — Le sérum recueilli aseptiquement est injecté au bout de 24 heures à deux lapins.

α) Le premier lapin, pesant 1580 gr., reçoit dans la veine auriculaire 10 cent. cubes de sérum, soit 6 c. c. 3 par kilogr.

Il succombe au bout d'une demi-heure après avoir présenté des convulsions.

β) Le deuxième lapin, pesant 1440 gr. reçoit 5 cent. cubes de ce même sérum, soit 3 c. c. 4 par kilogr., cet animal succombe au bout de quelques heures.

Nos deux animaux étant morts, nous n'avons pas ici, comme

dans l'expérience précédente, de limite minima de la toxicité du sérum de cette éclamptique, mais nous pouvons dire que la toxicité du sérum sanguin chez cette malade était supérieure à 3 c. c. 4 par kilogr., c'est-à-dire bien au-dessus de la toxicité physiologique, et supérieure aussi à la toxicité du sérum de l'éclamptique précédente, bien que cette dernière ait eu un plus grand nombre d'attaques.

Dans ce cas encore nous avons voulu rechercher quelle était au même moment la toxicité urinaire, et nous avons injecté l'urine des 24 heures dans l'appareil circulatoire d'un lapin ; nous avons pu ainsi établir un coefficient d'urotoxie égal seulement à 0,11, coefficient comme on le voit bien inférieur au coefficient physiologique que nous rappelons être de 0,46. Inférieur aussi à celui que nous avions trouvé pour la malade qui fait le sujet de la précédente observation.

De sorte qu'encore ici nous avons la démonstration du rapport inverse qui existe entre la toxicité du sérum sanguin et la toxicité urinaire chez les éclamptiques.

Pour compléter cette observation nous devons ajouter que la malade est accouchée deux jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le lendemain du jour où nous avons expérimenté sur le sang.

L'enfant était *vivant*, c'est aussi là un point intéressant à noter, car on se rappelle que dans l'observation précédente, où cependant la toxicité du sérum était moindre, l'enfant était né mort et macéré.

Les suites de couches ont d'ailleurs été régulières et la malade a pu quitter la clinique parfaitement rétablie, au bout d'une quinzaine de jours.

Observation III. — Femme primipare, arrivée au terme de sa grossesse, entrée dans le service d'accouchements de M. le Dr Bar, à l'hôpital St-Louis, le 24 juin 1892, à cinq heures du matin.

Cette femme a été prise chez elle d'une première attaque d'éclampsie le 24 juin à une heure du matin.

Cette attaque a été suivie de huit nouveaux accès jusqu'au moment où on l'a amenée à l'hôpital.

A son arrivée à l'hôpital on constate de l'anasarque généralisée et la présence de l'albumine dans l'urine, 0,75 c. c. par litre.

La malade est dans un état demi-comateux. Elle boit facilement. Enfant vivant. Elle a six nouveaux accès depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à 3 heures de l'après-midi. A ce moment on pratique une saignée de 500 grammes.

EXPÉRIENCES. — Le sérum est inoculé le lendemain à une série de trois lapins.

α) Un lapin du poids de 1750 grammes reçoit le 25 juin à 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la saignée, 10 cent. cubes de sérum, soit environ 6 cent. cubes par kilogramme.

L'animal ne tarde pas à ce coucher sur le flanc, puis il est pris de convulsions et succombe une demi-heure après le début de l'expérience.

β) Un lapin du poids de 1900 grammes reçoit à 3 heures de l'après-midi, le même jour, 8 cent. cubes de sérum, soit 4 c. c. 2 par kilogramme. L'animal présente bientôt des phénomènes analogues au précédent, mais après un temps plus long, et il succombe au bout de 3 heures.

γ) Un lapin du poids de 2270 grammes reçoit à 3 heures et demie de l'après-midi, le même jour, 8 cent. cubes de sérum, soit 3 c. c. 5 par kilogramme. L'animal succombe dans la nuit.

On voit donc que dans ce cas encore la toxicité du sang était bien supérieure à la toxicité physiologique, puisqu'elle était supérieure à 3 c. c. 5 par kilogramme.

Après la saignée de la malade il n'y a pas eu de nouvel accès, mais la malade est restée dans le coma et a succombé le lendemain matin à 8 heures.

Nous devons ajouter que l'accouchement avait eu lieu le 24 juin à 4 heures de l'après-midi. L'enfant dont les battements du cœur avaient été bons jusqu'à trois heures, parut souffrir à partir de ce moment.

On fait une application de forceps. Enfant en état de mort apparente, mais qui est bientôt ranimé. Il pèse 3800 gr.

Dans cette observation, on voit encore combien la toxicité du sérum sanguin était supérieure à l'état physiologique.

Cette toxicité nous avait même permis de porter un pronostic très réservé, malgré les signes cliniques qui ne paraissaient pas indiquer une éclampsie très grave.

Observation IV. — Femme primipara arrivée au terme de sa grossesse, entrée dans le service d'accouchements de M. le Dr Bar, à l'hôpital Saint-Louis, le 14 juillet 1892, à 6 heures du matin.

Cette femme, âgée de 36 ans, a eu une grossesse normale jusqu'à ces derniers jours. Il y a huit jours elle a été prise d'un œdème des membres inférieurs, de douleurs de tête s'accompagnant de vertiges et de bourdonnements d'oreille.

Il existe une assez grande quantité d'albumine dans l'urine.

Le travail marche régulièrement et sans accidents. L'auscultation permet de constater que l'enfant est vivant.

A 4 heures de l'après-midi, dilatation complète. A partir de ce moment les battements du cœur fœtal se ralentissent.

A 6 heures du soir les battements disparaissent complètement, on fait alors une application de forceps.

L'enfant ne peut être ranimé. Il pèse seulement 2750 grammes.

Il y a des traces d'hémorrhagie récentes au niveau du placenta, ce qui paraît expliquer la mort de l'enfant.

Après l'accouchement, la malade paraît tranquille et s'endort.

A 11 heures du soir le même jour, elle se réveille en poussant un cri et est prise aussitôt d'une attaque d'éclampsie.

L'interne du service prévenu aussitôt fait une saignée de 450 grammes.

Il n'y a pas de nouvelles attaques, les suites de couches sont régulières.

Expériences. — Le sérum est injecté le surlendemain 16 juillet, c'est-à-dire 36 heures après la saignée, à une série de lapins.

α) Un lapin du poids de 2100 grammes reçoit 10 cent. cubes de ce sérum, soit un peu moins de 5 cent. cubes par kilogramme. L'animal est bientôt pris de phénomènes de paralysie et succombe environ une heure après l'injection.

β) Un lapin de 1820 grammes reçoit 7 cent. cubes de ce même sérum, soit un peu moins de 4 cent. cubes par kilogramme. L'animal ne tarde pas à présenter les mêmes phénomènes que le précédent, et succombe un quart d'heure après le premier.

γ) Un lapin pesant 1710 grammes, reçoit 5 cent. cubes du même

sérum, soit un peu moins de 3 cent. cubes par kilogramme, il présente aussi quelques phénomènes de parésie, mais ne tarde pas à se remettre complètement.

Dans cette observation, la toxicité du sérum était donc comprise entre 3 et 4 cent. cubes.

Cette observation présente cela d'intéressant à noter, c'est que la malade qui en fait le sujet n'avait absorbé aucun médicament au moment où la saignée a été pratiquée. Elle réfute donc complètement l'objection qui aurait pu être faite à nos expériences précédentes, relativement à l'influence que pourrait avoir la médication sur la toxicité du sang expérimenté.

OBSERVATION V. — Femme primipare, âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois et demi.

Le 11 juillet le Dr Bar, à l'obligeance duquel nous devons cette observation, est appelé auprès d'elle pour des attaques d'éclampsie dont elle vient d'être atteinte.

A son arrivée auprès d'elle cette dame a déjà eu sept attaques d'éclampsie.

Elle est dans un état comateux très prononcé. La température axillaire est de 38°. Urines contenant de l'albumine en grande quantité.

L'auscultation de l'abdomen ne permet pas de percevoir les battements du cœur du fœtus.

Le Dr Bar pratique une saignée dont il nous envoie le sang qui nous permet de faire le lendemain les expériences suivantes :

EXPÉRIENCES. — 1re série :

Le sérum est inoculé à une série de trois lapins.

α) Un premier lapin pesant 2130 grammes reçoit, le 12 juillet à 5 h. 25 du soir, 10 cent. cubes de sérum.

L'animal présente bientôt de l'essoufflement, puis des phénomènes de paralysie et succombe à 6 h. 45, c'est-à-dire environ une heure après l'injection.

β) Un deuxième lapin pesant 1950 grammes reçoit à 6 heures du soir le même jour 8 cent. cubes de ce même sérum, soit environ 4 cent. cubes par kilogr. L'animal meurt à 7 heures 10 du soir.

γ) Un troisième lapin pesant 1740 grammes reçoit 5 c. c. 2 de ce

même sérum, soit 3 cent. cubes par kilogramme. L'animal présente de l'oppression, puis quelques phénomènes de paralysie. Mais au bout de quelques heures il se remet complètement; et les jours suivants il reste en parfaite santé.

La toxicité du sérum de cette éclamptique est donc comprise entre 3 cent. cubes, dose à laquelle 1 kilogr. de lapin a résisté, et 4 cent. cubes, dose qui a amené la mort de 1 kilogr. de lapin.

La malade continue à avoir des attaques après la saignée, mais elles sont cependant moins rapprochées qu'auparavant.

Le 12 juillet la température se maintient à 38°. La malade urine peu et l'urine est toujours albumineuse. Elle peut cependant absorber une certaine quantité de lait.

Le lendemain, 13 juillet, même état. La malade a eu une nouvelle attaque d'éclampsie. Le travail se déclare mais marche lentement. Pour l'activer on introduit un ballon Champetier, et la malade accouche le lendemain 14 juillet à 6 h. 1/2 du matin. L'enfant est mort et présente un léger degré de macération.

Pendant l'accouchement la malade a présenté quelques phénomènes convulsifs, mais pas d'attaques proprement dites.

Mais une demi-heure après l'accouchement survient une nouvelle attaque d'éclampsie, puis deux heures après une autre attaque.

Le Dr Bar pratique alors une *nouvelle saignée* dont il nous fait parvenir le sang. Le sang est laissé en repos pendant vingt-quatre heures et nous pouvons ainsi en séparer le sérum.

Le sérum provenant de cette seconde saignée est inoculé à une nouvelle série de lapins.

Expériences. — 2e série:

α) Le 15 juillet, à 6 h. 20 du soir, un lapin de 1920 gr. reçoit 10 c. c. de sérum, soit un peu plus de 5 c. c. par kilogr. L'animal résiste à cette injection.

β) Le 15 juillet, à 6 h. 1/2 du soir, un lapin de 1970 gr. reçoit 8 c. c. de ce même sérum, soit 4 c. c. par kilogramme ; comme le précédent ce lapin résiste à l'injection, et le lendemain il est en parfaite santé.

γ) Le 16 juillet, à 9 heures du matin, un lapin de 1990 gr. reçoit 12 c. c. de ce même sérum, soit 6 c. c. par kilogramme. Après l'injection l'animal présente une grande oppression. Puis des symptômes de paralysie ne tardent pas à se montrer. A 10 heures du matin, c'est-à-dire une heure après l'injection, l'animal étendu sur

ses quatre membres paraît complètement paralysé. Bientôt après surviennent des convulsions cloniques puis l'animal succombe.

d) Le 16 juillet, à 9 heures 35 du matin, un quatrième lapin pesant 1900 gr. reçoit 14 c. c. de ce même sérum, soit un peu plus de 7 c. c. par kilogramme. Comme le précédent, mais beaucoup plus rapidement, l'animal présente des phénomènes de paralysie, puis des convulsions cloniques et succombe moins d'une heure après l'injection.

Il résulte donc de cette seconde série d'expériences que la toxicité du sérum provenant de la seconde saignée doit être considérée comme comprise entre 5 et 6 c. c.

C'est, comme on le voit, une toxicité sensiblement moindre que celle du sérum provenant de la première saignée.

Cette diminution manifeste de la toxicité du sérum à trois jours d'intervalle sembla nous permettre de porter un pronostic favorable que confirma l'observation clinique. En effet, après cette seconde saignée, la malade n'eut plus d'attaques d'éclampsie.

La fonction urinaire se rétablit en partie et le 17 juillet la quantité d'urine émise dans les 24 heures atteignait 1500 gr. La malade prenant 3 litres de lait dans les 24 heures.

Les jours suivants l'amélioration se maintient et la malade fut complètement rétablie au bout d'une quinzaine de jours.

Le point qui nous paraît intéressant à noter dans cette observation est la diminution manifeste de la toxicité du sérum dans l'intervalle des deux saignées, bien que les attaques d'éclampsie aient persisté dans cet intervalle, et la coexistence de cette diminution de la toxicité avec une amélioration de l'état général de la malade.

Observation VI. — Femme secondipare, entrée à la Clinique obstétricale de Bordeaux, service de M. le professeur Moussons, le 28 juillet 1892.

Cette femme qui a déjà eu une première grossesse normale en 1889, ne présente à son arrivée à la Clinique, aucun phénomène morbide.

Trois jours après son entrée à la Clinique, elle est subitement prise d'un accès d'éclampsie. L'urine, examinée avec soin à ce moment ne présente pas de *traces d'albumine*.

Enfant vivant. Pas de travail.

Deux heures après son accès d'éclampsie qui a été unique, on pratique une saignée de 350 grammes.

EXPÉRIENCES. — Le sérum provenant de cette saignée est injecté à une série de lapins.

α) Un lapin pesant 1270 grammes reçoit 7 c. c. de sérum, soit environ 6 c. c. par kilogramme. L'animal présente d'abord de l'oppression, puis au bout d'une heure des phénomènes de paralysie, puis des convulsions cloniques et l'animal succombe une heure et demie après l'injection.

β) Un deuxième lapin pesant 1150 grammes, reçoit 4 cent. cubes de ce même sérum, soit un peu moins de 4 c. c. par kilogramme. L'animal présente quelques phénomènes de parésie, mais ne tarde pas à se remettre complètement.

γ) Un troisième lapin pesant 1500 grammes, reçoit 7 c. c. de ce même sérum, soit 4 c. c. 6 environ par kilogramme. Comme le précédent, l'animal résiste à cette injection.

La toxicité du sérum de cette éclamptique paraît donc devoir être comprise entre 4 c. c. et 6 cent. cubes. Quoique bien supérieure à la toxicité physiologique du sérum sanguin, cette toxicité est cependant moindre que celle que nous avons observée dans les autres cas d'éclampsie, dont les symptômes cliniques étaient aussi beaucoup plus graves.

La malade est accouchée deux jours après d'un enfant vivant.

Les suites de couches ont été normales, et cette femme ainsi que son enfant ont pu quitter la Clinique au bout d'une dizaine de jours en parfait état.

CONCLUSIONS

De cette série de six cas d'éclampsie puerpérale bien observés, et ayant fourni matière à une vingtaine d'expériences, nous croyons pouvoir conclure que la toxicité du sérum sanguin est considérablement augmentée dans cette affection, ainsi que l'avait du reste déjà montré Rummo (1).

Dans les cas où nous avons pu expérimenter la toxicité urinaire des malades, nous avons constaté que cette toxicité

(1) RUMMO. *Riforma medica*, 1889.

urinaire était directement en raison inverse de la toxicité du sérum sanguin.

L'augmentation de la toxicité du sérum des éclamptiques ne saurait être attribuée aux médicaments absorbés par les malades, puisque dans deux de nos observations, n°s 3 et 6, les femmes qui en font le sujet n'avaient encore été soumises à aucune médication au moment où la saignée a été pratiquée.

Le degré de toxicité du sérum paraît être en raison directe de la gravité de la maladie et pouvoir ainsi servir utilement à fixer le pronostic de l'affection.

Enfin, dans certains cas où le diagnostic d'éclampsie pourrait paraître douteux, la recherche de la toxicité du sérum pourrait peut-être permettre de le préciser.

ÉTUDE SUR LE PASSAGE DU SULFATE DE QUININE DANS LE LAIT, ET SON INFLUENCE SUR LA SANTÉ DES NOURRISSONS

Par le Dr **M. Oui**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

En 1877, Burdel, de Vierzon, publiait dans les *Annales de gynécologie* une étude fort intéressante sur le passage dans le lait, du sulfate de quinine administré aux nourrices, et sur les effets produits par ce lait sur la santé des nourrissons.

S'appuyant sur les travaux récents de Lewald, qui avait retrouvé dans le lait, le sulfate de quinine, et proposait même de le donner aux nourrices pour traiter le paludisme chez les nourrissons, Burdel considérait le problème comme résolu, et ne s'occupait plus que des effets que pouvait produire chez les nouveau-nés, le lait quinisé.

Sur ce point important, les observations du médecin de Vierzon étaient loin d'être concluantes.

L'administration, aux nourrices d'enfants impaludés, de doses variables de sulfate de quinine n'avait, dans la plupart des cas, produit aucun résultat favorable.

L'action du lait quinisé sur les enfants en bonne santé avait été absolument variable.

Sur les 67 enfants observés, Burdel comptait :

5 enfants morts;

17 enfants qui, après avoir été plus ou moins malades, avaient cependant guéri ;

45 enfants ayant conservé une santé parfaite.

Les enfants qui avaient succombé étaient âgés de 7 à 15 jours. Leurs mères étaient atteintes :

1° 24 de fièvre puerpérale grave;

2° 1 de cachexie palustre;

3° 2 de névralgies avec fièvre intermittente.

Au total, les enfants tetant une nourrice ayant absorbé du sulfate de quinine donnaient une morbidité générale de 34 0/0, et leur mortalité atteignait le chiffre de 7,7 0/0.

Cette proportion est véritablement colossale, et il est difficile d'attribuer au sulfate de quinine un effet aussi nuisible, pour peu qu'on ait eu à l'employer fréquemment dans les conditions indiquées par Burdel.

Il existe, d'ailleurs, dans ce travail, des contradictions qui démontrent suffisamment qu'il faut tenir compte d'éléments d'un autre ordre.

Tout d'abord, Burdel constate que les effets du sulfate de quinine ont été extrêmement variables. Les nourrices ont pu, dans certains cas, absorber, sans que la santé de leur nourrisson fût altérée, des doses considérables de ce médicament. Dans d'autres cas, au contraire, des doses très modérées ont semblé produire des accidents graves chez les nourrissons.

Pour Burdel, cette différence dans les résultats tient à deux éléments, qu'il considère, avec raison, comme fort importants.

D'abord, à l'état de santé de la nourrice. Les accidents auraient été plus fréquents quand les nourrices étaient atteintes de fièvre puerpérale grave, ou d'accès palustres pernicieux.

Ensuite, aux conditions dans lesquelles la quinine a été

administrée. Le lait quinisé aurait eu une action plus défavorable, la quinine ayant été administrée à jeun. Les accidents, au contraire, auraient été moins nombreux quand la quinine avait été administrée au moment des repas. Ces faits s'expliqueraient par l'absorption plus rapide du médicament administré par la voie stomacale, en dehors de la période de digestion. Puis, comme s'il tenait à donner lui-même un démenti à cette dernière explication, l'auteur nous fait remarquer que l'administration à la nourrice du sulfate de quinine par la voie hypodermique n'a jamais eu, à sa connaissance, d'influence fâcheuse sur l'enfant.

L'absence totale d'observations précises, dans un travail de cette importance, ne pouvait passer inaperçue, et, la même année, dans les *Annales de gynécologie*, le docteur Saint-Vel protestait énergiquement contre les affirmations de Burdel. Il déclarait n'avoir jamais observé d'accidents dus au lait quinisé, et attribuait la cause véritable de l'énorme mortalité infantile constatée par Burdel, non pas à l'intoxication par le sulfate de quinine, mais bien plutôt à l'état de maladie des mères, ou à l'influence du milieu palustre dans lequel son confrère s'était trouvé placé.

La protestation du Dr Saint-Vel, basée d'ailleurs, il faut le reconnaître, sur de simples affirmations, n'eut pas d'écho. Bien que déjà, avant Burdel, Lediberder se fût occupé de la question, et n'eût jamais observé d'accidents dus au sulfate de quinine, les opinions du médecin de Vierzon prédominèrent, et, dans leur Traité de l'art des accouchements, MM. Tarnier et Budin les acceptèrent, et conseillèrent comme lui, les précautions suivantes :

1° Donner de préférence la quinine au moment des repas, l'absorption étant alors moins rapide et la quinine passant moins vite dans le lait ;

2° Vider artificiellement le sein de la mère trois heures environ après l'absorption du médicament. De la sorte l'enfant ne prend pas le lait qui, étant le plus chargé de sulfate de quinine, se trouve être le plus dangereux.

« Toujours est-il, disent en terminant MM. Tarnier et Budin, que les médecins ne doivent pas oublier les risques que l'on fait courir à l'enfant quand on donne du sulfate de quinine à la mère pendant l'allaitement. »

J'avais eu l'occasion, il y a déjà plusieurs années, d'observer dans un milieu palustre, de nombreux cas de fièvre intermittente pendant les suites de couches, et l'administration du sulfate de quinine aux nourrices ne m'avait pas semblé, d'une façon générale, avoir d'effet nuisible sur la santé des nourrissons.

Je n'avais pu, à ce moment, pousser plus loin mes observations ; mais, pensant que les opinions de Burdel étaient au moins exagérées, j'ai voulu, cette année, en contrôler l'exactitude aussi rigoureusement que possible.

Au service de la clinique d'accouchements, le sulfate de quinine est libéralement distribué aux femmes, à la moindre élévation de température. J'ai donc pu, dans un laps de temps relativement court, observer un nombre de cas suffisant pour me faire une conviction.

J'ai laissé systématiquement de côté la part d'influence que pouvait avoir sur l'enfant l'état de santé de la mère. Certes, à l'heure actuelle, le passage de nombreux microbes dans le lait est un fait bien prouvé, et on ne saurait mettre en doute l'influence sur les nourrissons des maladies infectieuses qui peuvent atteindre les nourrices. Mais l'organisation même de mon service, ne me permettait pas d'observer des cas graves d'infection palustre ou septique. Les quelques cas de réveil du paludisme que j'ai pu observer ont été peu importants. D'un autre côté, je n'ai eu à traiter que des cas légers, très légers même d'infection septique, tous les cas graves étant évacués immédiatement au service d'isolement, et confiés aux soins de M. le Dr Rivière.

Il m'a donc été impossible, dans ces conditions, d'attribuer une influence sérieuse à la santé de la nourrice, et hors les cas d'insuffisance de la sécrétion lactée chez la mère, ou de faiblesse congénitale de l'enfant. Je me suis, dès le début

de cette étude, promis de reporter au sulfate de quinine la cause de tous les accidents qui pourraient survenir chez les nourrissons.

Deux questions devaient être étudiées :

1° Le sulfate de quinine passe-t-il dans le lait? Dans quelles proportions l'y retrouve-t-on?

2° Le lait contenant du sulfate de quinine est-il réellement nuisible aux enfants ?

Nous avons étudié de la façon suivante la première question :

Chaque fois qu'une femme nourrissant son enfant, a absorbé du sulfate de quinine, le lait a été recueilli, en faisant varier l'intervalle qui s'écoulait entre l'administration du médicament, et le moment où le lait était recueilli.

Le sulfate de quinine a été administré presque toujours à jeun, à des doses variant de 75 centigr. à un gramme, beaucoup plus rarement à la dose de 50 centigr. Dans un certain nombre de cas, le lait n'a été recueilli qu'après une tetée effectuée par l'enfant.

M. le professeur agrégé Denigès a eu l'obligeance de faire lui-même toutes les analyses nécessitées par cette étude. C'est dire que les résultats de ces recherches doivent inspirer la confiance la plus absolue.

En même temps que le lait, les urines ont été recueillies, par le cathétérisme, et analysées également par M. Denigès. Le sulfate de quinine y a toujours été trouvé en quantité très notable.

Dans un seul cas, le sulfate de quinine n'a pas été constaté dans le lait, malgré les recherches les plus minutieuses. Ce lait avait été recueilli deux heures après l'administration de 50 centigr. du sel quinique (feuille n° 1).

Dans toutes les autres analyses, sauf deux qui doivent attirer plus spécialement l'attention, on n'a constaté que des traces douteuses d'alcaloïde (feuille n° 2), ou des quantités non dosables.

Dans un cas, où le lait fut recueilli 2 heures après l'admi-

nistration de 80 centigr. de sulfate de quinine, il ne renfermait que de faibles quantités d'alcaloïde : 2 ou 3 milligr. au plus, pour 100 c. c. de lait (feuille n° 3).

Enfin, dans une observation, je fis recueillir le lait 4 heures après l'absorption de 80 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant ayant fait une tetée. Il n'existait pas dans le lait trace d'alcaloïde (feuille n° 4).

Administré à la dose de 75 centigr. à un gramme, le sulfate de quinine se retrouve donc dans le lait, mais en très petite quantité, puisqu'il n'a été possible de le doser qu'une seule fois. Encore n'a-t-on pu le trouver que dans la proportion de 2 à 3 milligr. par 100 cent. cubes. Une seule tetée de l'enfant semble d'ailleurs suffire pour épuiser le lait quinisé. Ces analyses nous amènent donc aux résultats accusés déjà par Lewald; mais nous ne pouvons, comme lui, croire que le sulfate de quinine passe dans le lait en assez grande quantité pour guérir le paludisme chez les enfants.

Le lait chargé de sulfate de quinine a-t-il réellement une action nuisible sur la santé du nouveau-né.

Le meilleur moyen d'apprécier d'une façon exacte l'état de santé du nouveau-né, est indubitablement la balance.

Mais les auteurs qui ont étudié cette question ne sont pas absolument d'accord sur les variations normales du poids de l'enfant après sa naissance, et il nous était ainsi impossible de nous baser sur des données exactes, acceptées par la généralité. Aussi ai-je procédé par comparaison entre des enfants nés et nourris à la clinique, de manière à pouvoir établir une relation entre le développement des enfants ayant teté une nourrice soumise au sulfate de quinine, et ceux dont la nourrice a toujours eu une santé satisfaisante.

Ces deux catégories de nouveau-nés ont été divisées en trois séries, suivant le poids constaté au moment de la naissance, et nous ont donné les résultats suivants :

1re Série. — *Poids initial :* 2,500 à 3,000 *gr.*

A. — La nourrice a absorbé du sulfate de quinine. Le poids initial est reconquis le 5e jour.

A partir du jour où les enfants ont cessé de diminuer, l'augmentation moyenne du poids a été par jour de 53 *gr.*

B. — La nourrice n'a pas pris de sulfate de quinine. Le poids initial est regagné le 6[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids est de 50 *gr.*

2[e] SÉRIE. — *Poids initial :* 3,000 à 3,500 gr.

A. — La nourrice a pris du sulfate de quinine. Le poids initial est regagné le 5[e] jour, sauf une exception, que nous examinerons plus loin.

L'augmentation moyenne du poids est de 50 gr. par jour.

B. — La nourrice n'a pas pris de sulfate de quinine. Les enfants regagnent leur poids initial en moyenne le 6[e] jour.

Ils croissent en poids de 41 gr. par jour, en moyenne.

3[e] SÉRIE. — *Poids initial : plus de* 3,500 *gr.*

A. — La mère a pris du sulfate de quinine. Le poids primitif est regagné en moyenne le 7[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids a été de 43 gr. par jour.

B. — La mère n'a pas pris de sulfate de quinine. Les enfants regagnent leur poids initial en moyenne le 5[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids a été de 52 grammes par jour.

Si, maintenant, nous réunissons les résultats obtenus, nous trouvons que la moyenne générale d'augmentation du poids a été pour les deux catégories d'enfants exactement la même : 46 grammes par jour.

Le temps moyen nécessaire aux enfants pour regagner leur poids primitif est exactement le même (5 jours 1/2) pour les deux catégories. Je dois ajouter que les observations ont été recueillies pour les enfants de l'une et de l'autre catégorie, à la même époque de l'année, c'est-à-dire dans les mêmes conditions de température et d'hygiène générale.

D'un autre côté, tous les enfants destinés à servir de termes de comparaison, ont été choisis avec soin. Leurs mères étaient bonnes nourrices, et ils étaient tous bien développés. Au contraire, j'ai observé *sans en excepter un*

seul tous les enfants dont les mères ont pris du sulfate de quinine.

Aussi, vais-je maintenant signaler les quelques cas où le développement des nouveau-nés ne s'est pas effectué régulièrement, et montrer les causes véritables de ces irrégularités.

C'est, d'abord, dans un groupe de 4 enfants pesant moins de 2,500 grammes (l'un d'eux ne pesait même que 1,970 gr.), 3 enfants qui sortent sans avoir reconquis leur poids initial; mais ce sont des enfants mal développés, et sur les feuilles de 2 d'entre eux, je trouve la mention suivante : Mère mauvaise nourrice. Insuffisance des tetées. Le 3e avait commencé à augmenter le 6e jour, le 4e avait regagné son poids initial au bout de 5 jours.

C'est, maintenant, dans le groupe des enfants variant entre 3,000 et 3,500 grammes, un enfant sorti le 5e jour, continuant à perdre de son poids. Là aussi, je trouve une note qui suffit pour indiquer la cause de cet état de souffrance : Mère insuffisante comme nourrice. Tetées variant entre 30, 20 et même 10 grammes. Allaitement mixte avec du lait de vache non stérilisé.

En résumé, sur 4 cas où les feuilles de pesées des enfants soumis au lait quinisé ont accusé un accroissement insuffisant ou une déperdition de poids exagérée, je puis dire que 3 fois ce résultat était dû soit à la faiblesse congénitale, soit à l'insuffisance des nourrices, et que, dans le 4e cas, l'excès de déperdition a été peu considérable (250 grammes au lieu de 200 grammes, la moyenne normale).

Les onze autres enfants de cette catégorie ont présenté dans leur développement la même régularité que ceux dont les mères étaient saines, et, il faut remarquer que toutes les femmes soumises au sulfate de quinine, ont pris, en très grande majorité, pendant 4 ou 5 jours, des doses variant entre 0,75 centigr. et 1 gr. 50 dans deux cas.

Enfin, *pas une seule fois* je n'ai observé de symptômes d'intoxication. Il n'y a pas eu un seul cas de diarrhée.

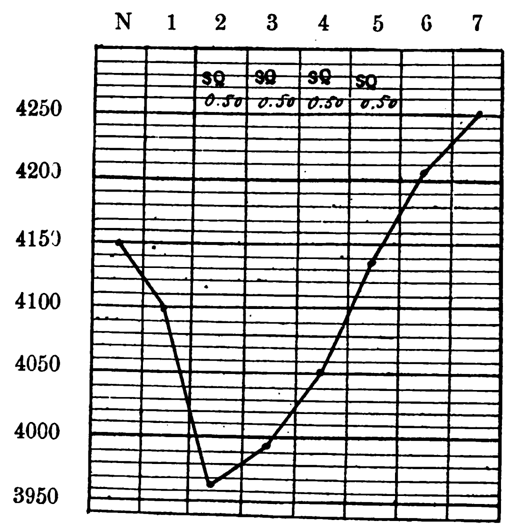
Je crois donc pouvoir conclure que le sulfate de quinine, bien que passant dans le lait, ne s'y retrouve pas en quantité

suffisante pour agir défavorablement sur la santé des nourrissons.

Cette conclusion ne peut s'appliquer d'ailleurs qu'aux cas où ce médicament a été administré à des doses modérées. Mes recherches ne me permettent pas de préciser le danger qui pourrait survenir à la suite de l'administration de doses très considérables.

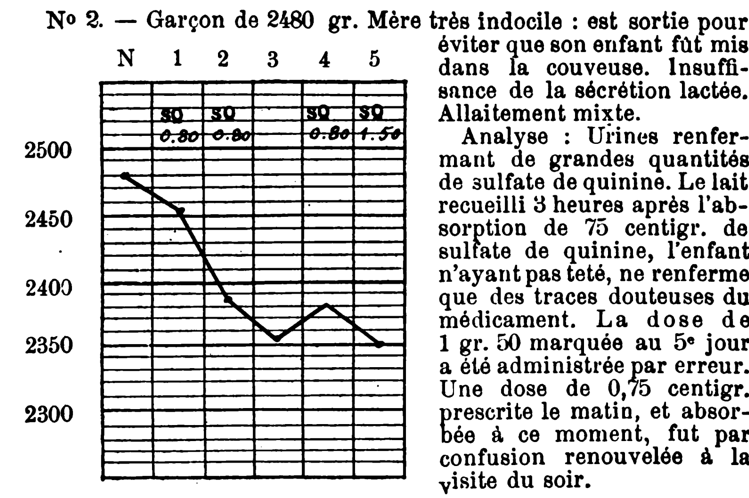
Je n'ai pas la prétention d'avoir élucidé complètement cette question, les maladies graves de la mère et surtout l'insuffisance fonctionnelle des émonctoires, pouvant, dans certains cas, augmenter les chances d'intoxication. Mais je considère comme prouvé que ce serait un grand tort de renoncer, dans la pratique, à employer chez les nourrices un médicament aussi actif et aussi utile que le sulfate de quinine, et de céder à des craintes absolument imaginaires, qui ne sont basées sur aucune observation précise.

N° 1. — Garçon de 4150 gr. La mère est multipare. Bonne nourrice. Septicémie légère. Le sulfate de quinine n'a pas été retrouvé dans le lait recueilli deux heures après l'absorption du médicament.



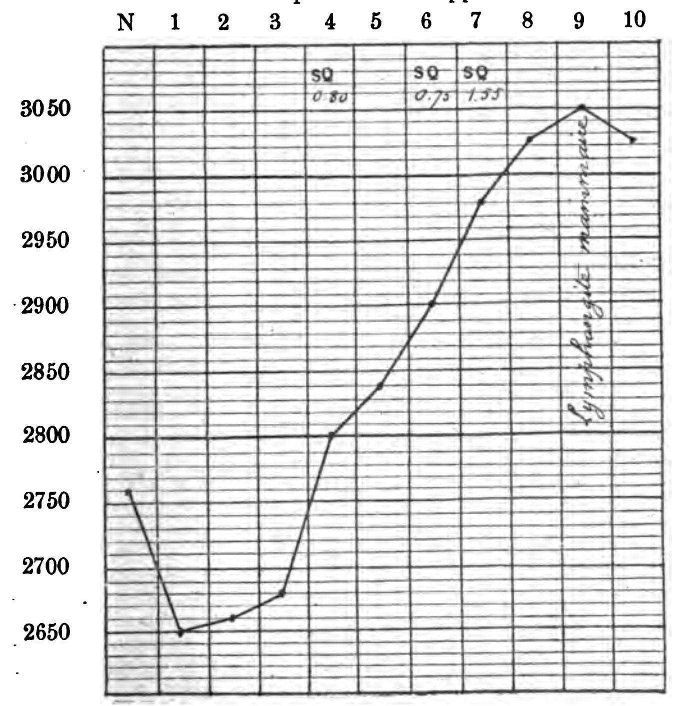
Les lettres SQ et les chiffres marqués dans les colonnes des différents tableaux indiquent les doses de sulfate de quinine administrées à la nourrice.

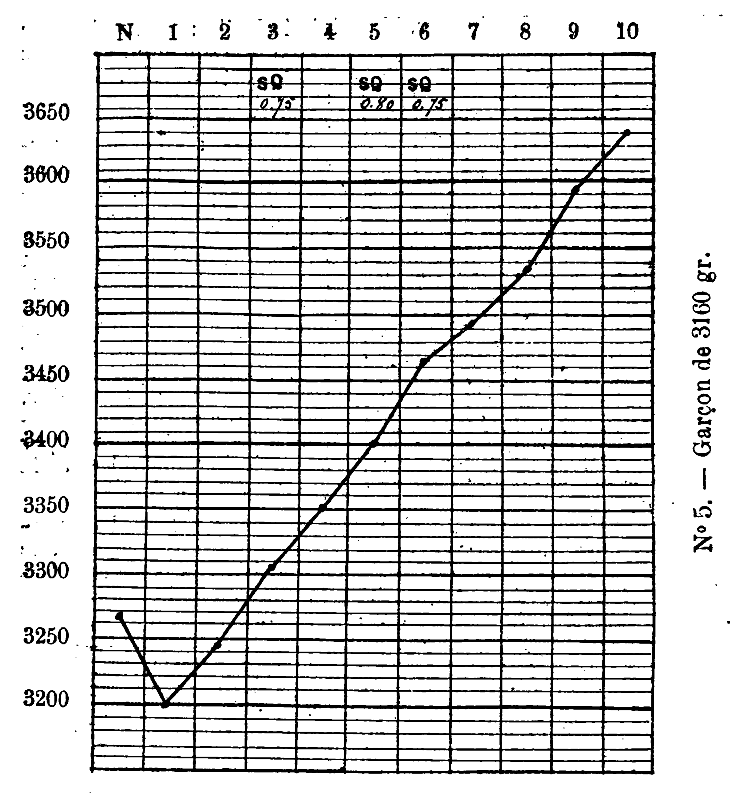
N° 2. — Garçon de 2480 gr. Mère très indocile : est sortie pour éviter que son enfant fût mis dans la couveuse. Insuffisance de la sécrétion lactée. Allaitement mixte.



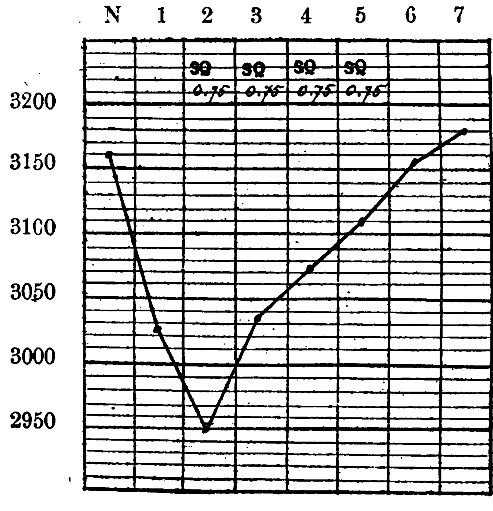
Analyse : Urines renfermant de grandes quantités de sulfate de quinine. Le lait recueilli 3 heures après l'absorption de 75 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant n'ayant pas teté, ne renferme que des traces douteuses du médicament. La dose de 1 gr. 50 marquée au 5e jour a été administrée par erreur. Une dose de 0,75 centigr. prescrite le matin, et absorbée à ce moment, fut par confusion renouvelée à la visite du soir.

N° 4. — Fille de 3265 gr. Lait recueilli 4 heures après l'absorption de 80 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant ayant fait une tetée. On ne trouve pas traces du sel quinique dans le lait. Les urines en contiennent une quantité très appréciable.





N° 5. — Garçon de 3160 gr.



N° 8. — Garçon de 2760 gr. Le 7[e] jour, dose de 1 g. 55 donnée par erreur. Lait recueilli 2 h. après l'absorption de 0,80 de sulfate de quinine. Ce lait ne renferme que de très faibles quantités du médicament. De dosages comparatifs faits avec du lait normal additionné de sulfate de quinine, il résulte que le lait examiné ne renferme pas plus de 2 à 3 milligr. de sulfate de quinine par 100 c. c.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES (1)

Par **L.-G. Richelot.**

On a discuté récemment, au Congrès gynécologique de Bruxelles, les suppurations du petit bassin et leur traitement chirurgical. On a parlé, chemin faisant, des affections non suppurées. Mais il y a un point sur lequel on n'a fait aucune digression, sans doute parce qu'il n'était pas en relation étroite avec la question proposée, mais aussi parce qu'il n'est pas de sujet plus délicat et plus dangereux à traiter : je veux parler des névralgies pelviennes.

Le chirurgien qui propose une opération pour combattre les douleurs *sine materiâ* dont souffrent l'utérus et les ovaires, prend une grave responsabilité. Les femmes qui ont ces douleurs ont des organes sains ou peu malades, elles sont souvent jeunes et peuvent avoir des enfants ; de sorte qu'une mutilation n'est justifiée que si elle est absolument nécessaire. Quand la femme a passé un certain âge, il reste encore, pour modérer l'ardeur des chirurgiens entreprenants, la gravité immédiate de l'opération et l'incertitude du résultat thérapeutique.

Il est évident que, si les opérations radicales doivent toujours céder le pas aux moyens conservateurs, tant que ceux-ci n'ont pas démontré leur impuissance, c'est bien en présence des névralgies pures que cette loi trouve sa meilleure application. D'ailleurs, la phrase est toute faite, et il n'est pas de chirurgien qui propose d'extirper un organe avant d'avoir « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ». Le difficile est de s'entendre sur le moment précis où la thérapeutique est épuisée.

Je prie mes collègues de croire que, dans mes observa-

(1) Communication faite à la Société de chirurgie le 2 novembre.

tions, les termes dont je me sers sont exactement pesés et que rien n'est écrit à la légère. Quand je dis que les douleurs sont violentes et continuelles, qu'il y a un état de nervosisme intolérable ou une incapacité de travail absolue, cela ne veut pas dire que la malade peut encore travailler ni qu'elle souffre modérément. Cela veut dire que je l'ai opérée parce que j'ai eu la conviction qu'elle ne pouvait guérir par d'autres moyens. A cette règle de conduite, je n'admets qu'une réserve. Nous sommes souvent mis en demeure de guérir par les voies rapides de pauvres femmes pour qui l'éloignement de leur ménage est un désastre, et qui ne sauraient dire lequel de ces deux maux est le plus funeste, ou la maladie elle-même ou les soins prolongés qu'elle exige. Pour elles, la chaise longue ou le repos au lit, les traitements d'attente, les essais thérapeutiques ne sont pas de mise. Nous sommes donc amenés, à l'hôpital et plus rarement en ville, à proposer des interventions que, plus libres, nous pourrions éviter ou différer de quelques mois. Dans ces conditions, d'où peuvent sortir de grandes imprudences ou de grands bienfaits, c'est à notre bon sens de nous dire de quelles hardiesses notre main est devenue capable, et à notre conscience de nous éclairer sur les entreprises légitimes.

J'ai noté avec soin l'âge des malades, le nombre de leurs enfants et de leurs fausses couches, afin qu'on apprécie dans quelle mesure l'ablation des organes peut être considérée comme un sacrifice.

Enfin, je déclare expressément n'avoir en vue que les névralgies pelviennes, c'est-à-dire les *phénomènes douloureux* graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué. Je ne sais comment faire, parmi les nerveuses, des catégories nettes et tranchées ; mais mon intention formelle est de laisser de côté l'hystérie vraie, à grandes attaques, sans localisations douloureuses dans le petit bassin.

J'ai eu cependant un beau succès, par la castration ovarienne, chez une femme dont j'ai raconté l'histoire au Congrès de chirurgie (1). Il s'agissait d'un cas vraiment désespéré, sans douleurs pelviennes, avec grandes attaques, tentatives de suicide, etc. Les circonstances m'ayant amené à tenter l'opération, la malade fut absolument transfigurée; elle devint calme, sérieuse, exempte de tout phénomène nerveux, et sa guérison, qui pouvait être considérée comme une rémission trompeuse, ne s'est pas démentie depuis trois ans. Mais un fait pareil est exceptionnel et en désaccord avec beaucoup d'autres faits ; j'ai dû l'entourer des réserves les plus formelles, j'ai dû me défendre de vouloir le généraliser tant soit peu, prévoyant les attaques dont il devait être l'objet, et qui d'ailleurs n'ont pas manqué de se produire.

Pour les névralgies, la question n'est plus la même. On aura beau s'étonner qu'un chirurgien enlève des ovaires douloureux tandis qu'il n'ampute pas un bras pour une douleur de l'épaule; on aura beau dire, pour expliquer les succès de l'intervention, qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à propos d'une opération comme à propos de rien, quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait; pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur, si, clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après celle-ci disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie.

La question posée en ces termes, il est bien entendu que je veux parler des grandes interventions contre les grandes douleurs : laparotomie ou hystérectomie vaginale.

La première peut rester purement exploratrice, ou mener à la rupture de simples adhérences, à la résection partielle

(1) Congrès français de chirurgie, 5e session, 1891, p. 201.

d'un ovaire, à la castration unilatérale, enfin à l'extirpation double des ovaires et des trompes. De son côté, l'hystérectomie vaginale peut être bornée à l'ablation de l'utérus ou comprendre en même temps les annexes.

Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit. Mais les opérations complètes et rationnelles donnent le plus souvent de bons résultats, et c'est ce que je veux démontrer.

Toutes les batailles se sont livrées jusqu'ici autour de la laparotomie, les uns publiant des faits indéniables de guérison, les autres s'appuyant, pour la condamner, sur des échecs thérapeutiques non moins réels. Or, à mon sens, elle ne mérite ni enthousiasme ni réprobation; les exemples que je vais citer en font foi. On y verra comment elle peut réussir et donner la guérison durable; comment elle peut suspendre un instant et laisser revenir les accidents nerveux, ce que faisaient prévoir les conditions anatomo-physiologiques des organes pelviens; comment enfin l'hystérectomie vaginale, cette nouvelle venue dans la thérapeutique des affections non cancéreuses du petit bassin, peut compléter son œuvre quand elle est restée impuissante, ou fournir d'emblée des résultats supérieurs.

1) J'ai des nouvelles récentes d'une malade opérée à 28 ans, le 22 octobre 1890. Elle avait un enfant de 7 ans et était malade depuis cinq années, avec des pertes blanches, des métrorrhagies répétées, des douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sentait pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveillait une très vive sensibilité. Par l'incision abdominale, je trouvai à droite un ovaire un peu gros, sans adhérence, et une trompe normale; après ablation, j'arrivai à découvrir dans le tissu ovarién deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien: petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les replaçai dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir; la

malade fût guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde ; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris ; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible, et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

2) J'ai revu dernièrement une fille de 23 ans, opérée le 10 mars 1891. Fausse couche à 17 ans ; grande nerveuse, longtemps soignée à l'hôpital, ayant des attaques fréquentes et une humeur capricieuse, rendant la vie intolérable à ceux qui l'entouraient, et qu'on n'osait plus laisser sortir. Elle avait une sensibilité ovarienne excessive, prise dans un service de médecine pour une salpingite grave. Laparotomie d'un quart d'heure, ablation d'ovaires sains et mobiles, cessation complète des douleurs et des troubles nerveux. Aujourd'hui, elle est tranquille, elle vit régulièrement, elle travaille et la guérison ne s'est pas démentie.

3) Enfin, j'ai retrouvé le 18 octobre dernier une religieuse de 27 ans dont j'avais perdu la trace après lui avoir enlevé des ovaires sans lésions le 6 mai 1890. Elle souffrait depuis cinq ans d'une névralgie pelvienne qui l'empêchait de marcher et de vaquer à ses ocupations, la tenait au lit la majeure partie de son temps, revenait par crises violentes sans la quitter jamais, et s'accompagnait de métrorrhagies abondantes. J'en avais eu de bonnes nouvelles pendant quelques mois après l'opération ; je sais maintenant qu'elle est toujours guérie et complètement débarrassée de ses douleurs.

Parmi les cas où j'ai moins bien réussi par la voie sus-pubienne, il y en a qui datent d'une époque antérieure aux applications nouvelles de l'hystérectomie vaginale, et d'autres plus récents où j'avais des raisons — j'en aurais encore aujourd'hui — pour choisir l'incision abdominale, c'est-à-dire une opération d'abord exploratrice et qui permet d'éviter les sacrifices inutiles.

4) Une jeune fille de 20 ans m'est amenée par sa mère ; toutes deux sont à bout de patience et préparées à tout. La jeune fille est vierge, elle a des organes parfaitement sains d'apparence ; mais, depuis l'âge de 13 ans, elle a des ménorrhagies prolongées, douloureuses, et ne peut faire aucun travail. « Enlevez-lui la grappe », me dit la mère. Naturellement, je me fais prier ; je la tiens en observation, je fais une dilatation et un curage inutiles ; enfin, à la longue et sur de nouvelles instances, je me décide à intervenir. Naturellement encore, je préfère la laparotomie, par laquelle j'éviterai toute mutilation ou la ferai aussi restreinte que possible. L'incision me conduit sur deux ovaires polykystiques, absolument dégénérés, sans un atome de tissu normal ; je les enlève sans scrupule (26 mars 1891). Les hémorrhagies s'arrêtent, mais la douleur revient au bout de quatre mois et persiste aussi vive, si bien qu'il faut en venir à l'extirpation de l'utérus (14 juin 1892). Aujourd'hui la jeune fille est parfaitement guérie. Donc, le sacrifice était nécessaire, et j'aurais eu avantage à faire immédiatement l'hystérectomie vaginale. Mais il faut avouer que je n'en savais rien ; aucun signe ne me prouvait la dégénérescence des ovaires, et c'était bien le moins, chez une vierge de 20 ans, de ne pas choisir d'emblée le chemin qui conduit à la suppression des fonctions génératrices.

5) Une femme de 35 ans souffre cruellement, et depuis neuf années, au niveau de l'ovaire gauche ; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable ; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie ; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite ; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérences, et dont la coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui main-

tenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins, la douleur fut supprimée pendant sept ou huit mois. Malheureusement, les règles venaient encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repentais d'avoir épargné l'autre ovaire; puis la névralgie reparut à son tour, aussi vive et aussi rebelle, ce qui nous conduisit, le 5 décembre 1891, à une hystérectomie vaginale secondaire suivie d'une guérison complète.

6) J'ai traité avec la même réserve, le 10 octobre 1891, une fille de 28 ans, habituée à la morphine et ayant une douleur extrême et permanente au niveau de l'ovaire gauche, mais chez laquelle un minutieux examen ne me révélait rien d'anormal. Après plusieurs séjours inutiles dans des services de médecine, la chirurgie était mise en demeure d'intervenir; sa famille et ses médecins croyaient à des lésions graves, et me demandaient une opération radicale, qu'elle-même désirait ardemment. Mais je ne me souciais pas d'aller si vite, je voulais voir ses ovaires et ne l'en priver qu'à bon escient; je voulais exploiter la confiance qu'elle avait dans l'opération, en me bornant, si possible, à une de ces laparotomies exploratrices qui donnent quelquefois des résultats inattendus. Je trouvai l'ovaire gauche, où existait la douleur, absolument sain; le droit avait le même aspect, mais il était allongé par un petit kyste occupant son extrémité externe et doublant son volume. C'était un vieux corps jaune rempli de sérosité; je l'enlevai et suturai le tissu avec du catgut, puis je bornai là mon intervention, et la malade garda ses deux ovaires. Sortie de l'hôpital, elle retourna en province, eut les mêmes douleurs et se remit à la morphine, dont elle fit un tel abus qu'elle devint blafarde, sans appétit, sans sommeil et sans forces. Bientôt elle me fut ramenée dans un état pitoyable, et je ne vis plus d'autre parti à prendre que celui auquel je m'étais refusé d'abord: l'hystérectomie. J'enlevai l'utérus en quelques minutes (2 juin 1892). Dès ce moment, la malade ne souffrit plus, et, paraissant déshabituée de la morphine, elle prit dans mon service le métier d'infirmière, qu'elle exerça tout d'abord avec zèle et sans se plaindre. Malheureusement, l'amour de la morphine datait chez elle de trop loin pour s'éteindre, et bientôt je découvris que, malgré l'absence de douleurs pelviennes, elle continuait de s'empoisonner. Je ne pourrai donc jamais vous montrer en elle une malade guérie par mon intervention; et je ne rapporte le fait qu'au point de vue des

indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. Ici, la réserve que j'avais apportée dans mes actes, en évitant d'abord une mutilation, a manqué son but, et j'aurais pu aller plus vite en besogne ; mais je ne crois pas avoir eu tort de procéder avec lenteur et de me laisser forcer la main par une situation de plus en plus grave et compromettant la vie. J'aurais pu agir autrement si l'âge de la malade m'avait imposé moins de ménagements, ou si, dès le début, son état physiologique m'avait paru désespéré.

Je pourrais citer d'autres faits, si je ne craignais les redites inutiles ; car j'ai fait 15 fois l'*hystérectomie vaginale secondaire* sur des malades incomplètement guéries par la castration ovarienne. Sur ce nombre, j'en mets trois à part chez qui la laparotomie, faite pour des lésions matérielles sérieuses (salpingo-ovarite avec métrorrhagies, pyosalpinx), avait laissé après elle de gros utérus fongueux et saignants, rétrofléchis, adhérents au cul-de-sac de Douglas, et des douleurs qui n'étaient pas de la névralgie pure. Mais il y en a sept chez qui la névralgie est seule à considérer, car leurs annexes étaient presque saines ; trois d'entre elles avaient gardé un utérus congestionné, hémorrhagique, et les autres un utérus petit, atrophié et purement douloureux. Enfin, il y en a cinq que j'avais opérées pour des lésions positives, mais qui n'avaient aucun reliquat inflammatoire, leurs utérus étaient petits et mobiles avec une muqueuse saine, et cependant elles souffraient cruellement, preuve que l'élément névralgique dominait la situation. Or, toutes ces malades — avec la seule réserve que j'ai dû faire au sujet d'une morphinomane — sont aujourd'hui parfaitement guéries.

Voilà des observations qui montrent que l'utérus laissé en place peut être une entrave à la guérison, et son ablation mettre fin à des maux que la suppression des ovaires n'avait pas dissipés. Mais, encore une fois, cela ne veut pas dire qu'il eût fallu, dans tous ces cas, faire d'emblée l'hystérectomie ; car il peut être sage, pour des raisons multiples, de commencer par une laparotomie discrète et n'entraînant qu'un sacrifice limité.

Je vais maintenant rapporter des exemples d'hystérectomies vaginales entreprises d'emblée contre les grandes névralgies pelviennes. Il y a longtemps que j'ai pensé aux avantages que pourrait avoir une extirpation complète. On l'a vu par un fait bien antérieur aux discussions actuelles, puisqu'il date du 10 octobre 1887.

7) C'était une fille de 27 ans, qui, avant de me tomber entre les mains, avait déjà subi plusieurs opérations, curage, raccourcissement des ligaments ronds, et qui souffrait toujours. Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni tuméfaction péri utérine, et la douleur n'avait pas de localisation précise. L'ablation des ovaires seuls me parut de valeur douteuse contre cette névralgie *sine materiâ*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. Avant mon intervention, elle était dans un état pitoyable, elle ne pouvait ni marcher ni à peine sortir de son lit; aussitôt après, elle fut engagée comme infirmière. A deux reprises, et à quelques mois d'intervalle, elle accusa des douleurs dans le ventre et prit un lit pendant huit j urs dans le service de Landouzy, à l'hôpital Tenon. Elle n'avait aucun accident sérieux, mais au toucher, le doigt causait de la douleur en arrivant sur la cicatrice; et Landouzy, qui ne la connaissait pas avant l'opération et n'avait d'autres renseignements que les miens sur les grands symptômes de cette époque, me disait : « Elle nous débite aujourd'hui la menue monnaie des accidents nerveux qu'elle a présentés jadis ». Après quelques jours de repos, elle reprenait son dur métier et s'en acquittait sans fatigue. Le second orage passé, il ne fut plus question ni d'état nerveux ni de souffrances locales; je la revis souvent, bien portante et travaillant toujours; enfin, deux ans plus tard, elle partit pour la campagne, d'où elle m'écrivit pour me demander la permission de se marier. Il ne s'agit donc pas d'une femme qui, toujours nerveuse et mal guérie, serait de guerre lasse retournée dans son pays pour y retrouver le calme et la santé, mais bien d'une malade que la chirurgie a mise, du jour au lendemain, en état de travailler activement, et qui longtemps après, pour des raisons toutes personnelles, a quitté Paris et continue là-bas de se bien porter.

Tels sont les termes *ne varietur* de cette observation, que je tenais à fixer parce qu'ils montrent la valeur de l'hystérectomie vaginale contre des accidents que d'autres soins et même des opérations n'avaient pu guérir, et afin qu'ils ne puissent être altérés légitimement à l'avenir, même sans mauvaise intention et dans l'entraînement d'une cause à défendre.

Depuis les succès récents de l'hystérectomie vaginale, j'y suis revenu et l'ai faite plusieurs fois sur la même indication, alors que les circonstances la rendaient légitime, et ayant toujours l'idée qu'elle me donnerait des résultats plus sûrs que l'ablation des ovaires seuls.

8) Le 19 mai 1891, femme de 33 ans qui, depuis une première couche heureuse à l'âge de 20 ans, a été enceinte deux fois et n'a pu mener ses grossesses à terme ; ménorrhagies, douleurs névralgiques violentes et continuelles sans lésion apparente, sensibilité extrême à l'examen, constipation, état nerveux. Elle s'est fait soigner depuis longtemps, mais comme peuvent le faire les « ménagères » qui fréquentent nos services. Faut-il la faire venir à l'hôpital de semaine en semaine, pour lui donner des conseils illusoires et des remèdes inefficaces ? Les souffrances, qui durent depuis la première fausse couche, en 1889, n'ont rien de banal et ne ressemblent pas aux douleurs ordinaires de la métrite ; elles contrastent singulièrement avec l'intégrité anatomique des organes ; leur intensité et leur permanence me décident à enlever l'utérus mobile, les trompes saines, les ovaires contenant une ou deux petites vacuoles insignifiantes. L'opération réussit pleinement, et nous revoyons la malade à la fin de l'année, très bien portante et ne se plaignant de rien. Malheureusement, je n'ai pas de nouvelles plus récentes, car elle a changé de domicile et j'ai perdu sa trace.

9) Le 15 octobre 1891, femme de 26 ans, un enfant et deux fausses couches ; douleurs abdominales progressives depuis sept ans, ayant amené un état de nervosisme intolérable. Ici les soins n'ont pas manqué ; la malade est domestique dans un château, choyée par une maîtresse bienveillante et dirigée par un médecin des plus éclairés, mais rien n'a pu réussir. L'intensité du mal a fait croire à une pyosalpingite ; les culs-de sac vaginaux sont très sensibles,

mais sans tumeur ni empâtement. L'opération est faite en un quart d'heure : utérus volumineux, trompes et ovaires à peu près sains. Retournée dans son pays, la malade se plaint encore un peu ; mais en novembre, « elle n'a plus de douleurs, elle mange et dort très bien ». Dans le cours de l'année 1892, à diverses reprises elle m'annonce des troubles nerveux et sa prochaine arrivée à Paris ; mais elle ne vient pas. Je la vois enfin le 22 octobre 1892 : elle est bien portante et n'a plus trace de névralgie pelvienne. Seulement, toujours nerveuse, elle se plaint d'une douleur singulière autour de l'ombilic, qui « l'empêche de s'asseoir » et contre laquelle je dirige en ce moment une thérapeutique des plus inoffensives.

10) Le 17 novembre 1891, femme de 41 ans, deux grossesses normales et une fausse couche. Après avoir eu des attaques d'hystérie dans sa jeunesse, elle est restée très nerveuse, et a eu des douleurs vives depuis son premier accouchement. Les règles sont anormales : aménorrhée complète de février en mars, et depuis cette époque, métrorrhagies peu abondantes mais à peu près continues. Il y a de plus des troubles dyspeptiques, des vomissements opiniâtres, une incapacité de travail absolue. De nombreux médecins l'ont traitée avec acharnement, mais ce qui paraît avoir dominé, c'est la cautérisation répétée de prétendus ulcères du col. L'état névropathique s'est encore accentué depuis quelques mois ; la malade croit avoir une tumeur, elle est sans courage et sans forces. Devant cette pénible situation, et malgré l'absence de lésions pelviennes, je n'hésite pas à prendre les voies rapides, en enlevant l'utérus et les annexes. L'opération, très facile et de onze minutes de durée, est suivie d'une prompte guérison ; la dyspepsie, les douleurs pelviennes et avec elles le découragement disparaissent ; je revois la malade le 18 mai 1891 en parfait état, elle ne souffre plus et s'applaudit sans réserves d'avoir subi l'opération.

11) Le 21 novembre 1891, femme de 28 ans, trois enfants. Il serait difficile, je crois, de trouver un cas plus démonstratif que celui-ci en faveur de l'intervention chirurgicale. La malade est, depuis huit ans, presque toujours couchée ; la souffrance est si grande qu'elle peut à peine quitter son lit quelques heures de suite et qu'elle marche pliée en deux. Les règles, très diminuées aujourd'hui, étaient fort abondantes et constamment douloureuses; les trois grossesses ont eu lieu dans ces conditions et se sont heureusement terminées. Depuis deux ans, elle ne se lève plus du

tout; elle se nourrit à peine et a beaucoup maigri. Toutes les ressources de la thérapeutique ont été épuisées ; on l'a portée en Suisse, mais elle n'a retiré du voyage aucun profit. Félizet, l'ayant vue en province, a constaté chez elle une forme grave d'hystérie, avec douleurs pelviennes excessives, antéflexion mobile, crises vésicales sans lésions de l'appareil urinaire. Quelques mois après cet examen, elle vient à Paris et se remet entre mes mains ; je lui trouve un utérus petit et mobile, penché en avant, une sensibilité exquise du tissu utérin, des culs-de-sac vaginaux et de la paroi abdominale au niveau des fosses iliaques, le moindre contact provoquant des nausées ; une cystalgie violente revenant par accès, avec fréquence des mictions et sans altération de l'urine. Elle est faible, pâle, immobile dans son lit et se nourrit d'un peu de lait et de bouillon.

L'opération est faite avec l'assistance de Félizet, et dure dix minutes ; ablation intégrale de l'utérus et des annexes. Le troisième jour, elle n'a plus l'air d'une opérée, à peine d'une malade ; elle boit du champagne, du lait stérilisé, accepte bientôt des aliments solides, ne souffre plus à la palpation, oublie sa vessie, reprend des couleurs et des forces. Avant son départ, cependant, une nouvelle crise vésicale la tient au lit quelques jours ; mais elle est bientôt sur pieds, marche, va et vient, et retourne chez elle absolument transformée. Depuis ce moment, il y a eu quelques retours atténués de la cystalgie, quelques plaintes relatives au sommeil ou aux fonctions digestives; le contraire ne serait pas vraisemblable. Il faut dire qu'elle n'a pas, au fond de sa province, les distractions et les plaisirs qui lui feraient sans doute oublier tous ses maux. Mais elle vit, en somme, dans des conditions normales, s'occupe, se promène : les lettres qu'elle m'adresse, les personnes qui la voient me la dépeignent comme une ressuscitée.

12) Le 26 novembre 1891, femme de 39 ans, trois enfants et une fausse couche. Les douleurs, qui durent depuis treize ans, ont doublé après la fausse couche ; elles sont continuelles, paradoxales, étant données la mobilité de l'utérus et l'intégrité des annexes. Le col est un peu gros et scléreux, l'ensemble de l'organe légèrement hypertrophié ; rien de plus. Il n'y a pas d'indications pour le curage utérin, et je ne sais quel autre moyen conservateur adopter qui ait chance d'être efficace. L'âge de la malade, qui rend l'utérus inutile, me décide à une opération radicale et en même

temps fort simple ; elle est achevée en cinq minutes, et cette fois je laisse dans le ventre les deux ovaires, petits et mobiles, auxquels je n'attache pas d'importance. La malade nous quitte à la fin de décembre en parfait état, sans douleur ; puis elle m'échappe et je la cherche en vain. Heureusement, elle est venue se montrer il y a deux mois environ, et j'ai pu constater la solidité de sa guérison.

13) Le 10 avril 1892, femme de 37 ans, deux grossesses difficiles. Mariée à 17 ans, malade aussitôt après. Sa mère affirme qu'elle n'était pas nerveuse : c'est une manière de parler, mais il semble bien qu'elle a eu pour la première fois une « attaque de nerfs » en 1891. Elle était cependant très souffrante, et se plaignait sans cesse de son ventre. Elle a mené une existence agitée, cherchant partout la guérison, commençant jadis par Depaul, allant de Bourges à Paris et à Bordeaux, passant en revue les guérisseurs et les médecins de bonne renommée. L'électricité, à deux reprises, lui a fait quelque bien ; lavages de l'estomac, cautérisations du col, plaques dynamodermiques, tout y a passé. Elle s'adresse à moi en mars 1891 ; je lui trouve un utérus légèrement adhérent, une grande sensibilité avec peu de lésions, somme toute une névralgie pelvienne invétérée. Elle reste encore une année à la campagne, puis, lasse de souffrir et encouragée par son médecin, elle revient à Paris et subit l'opération. L'utérus, retenu par quelques vieilles adhérences au cul-de-sac de Douglas, est enlevé par morcellement, et les annexes avec lui ; les trompes sont normales, un ovaire scléro-kystique et l'autre augmenté de volume par un kyste hématique de la grosseur d'une petite mandarine. Rien, dans ces quelques altérations, n'est en rapport avec la violence et l'ancienneté des douleurs.

L'opération eut naturellement les suites les plus bénignes ; de plus, la douleur disparut franchement, et déjà la malade s'applaudissait du résultat obtenu, lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours elle fut prise d'étouffements et d'accès fébriles que rien ne pouvait expliquer. Je lui connaissais bien une arythmie cardiaque singulière, que son médecin m'avait signalée ; mais elle ne s'accompagnait ni de souffle ni d'aucun symptôme alarmant, nous l'avions considérée comme un phénomène nerveux et nous étions loin d'y voir le signe d'une sérieuse affection du cœur. La malade retourna en province, délivrée de sa névralgie pelvienne

et ne sentant plus son ventre, mais encore ébranlée par ces troubles inattendus.

J'ai souvent de ses nouvelles depuis son départ; elle a maintenant une insuffisance mitrale avérée, avec souffle intense, œdème malléolaire, albuminurie, cachexie progressive. Je ne crois pas que les ennemis les plus déclarés de l'hystérectomie vaginale l'accusent d'engendrer les maladies organiques du cœur; je n'ai donc qu'à enregistrer cette coïncidence malheureuse, en regrettant amèrement qu'elle vienne rendre inutile une intervention dont le résultat s'annonçait comme très nettement favorable.

14) Le 24 mai 1892, femme 31 ans, une fausse couche et un accouchement laborieux. Depuis ce dernier, c'est-à-dire depuis cinq ans, douleurs utérines violentes, avec leucorrhée, sans métrorrhagies; traitements variés, qui ne changent rien à son mal et qui la laissent découragée. En avril 1892, conseillée par une ancienne malade de Tenon, elle quitte le département du Var et vient à Paris. C'est une femme qui souffre constamment, qui marche pliée en deux; ce n'est pas une hystérique. L'utérus et les ovaires sont mobiles, sans lésions apparentes, et d'une sensibilité exquise. Après une opération d'un quart d'heure et l'ablation d'organes à peu près sains, elle cesse de souffrir et retourne chez elle bien portante. En septembre, on m'écrit que le mieux s'est toujours accentué. Il est vrai qu'elle a eu, dans un avant-bras, des douleurs vives surtout la nuit, qui ont duré deux semaines et qui ont passé avec de l'antipyrine et des manches de flanelle; il est vrai qu'un peu plus tard, elle a été reprise, en se redressant, d'une douleur aiguë « dans le bas du dos et vers le côté », qui lui a fait garder le lit pendant quelques jours, et qui m'a l'air d'un simple lumbago. J'en conclus qu'elle est rhumatisante; mais l'opération n'en a pas moins supprimé une névralgie pelvienne rebelle et qui durait depuis cinq ans.

15) Le 16 juillet 1892, femme de 36 ans, mère de plusieurs enfants, déjà venue à l'hôpital Tenon pour se faire soigner d'une « métrite simple ». Le curage, fait par un de mes internes le 23 mai, ne donne pas de résultat; il est vrai qu'on n'a pas fait d'opération sur le col, qui est dur et très augmenté de volume. Deux mois après, devant la continuité des douleurs, j'hésite sur la conduite à tenir; une amputation sus-vaginale, destinée à supprimer les tissus sclérosés et à produire l'atrophie du corps

utérin, serait assez bien indiquée dans l'espèce. Toutefois, l'intensité et la continuité des douleurs, l'âge de la malade, l'état nerveux très accentué, y compris la sensation de boule hystérique, le souvenir de cas semblables où j'ai dû faire, après une intervention limitée, l'hystérectomie vaginale secondaire, enfin la certitude que l'ablation d'un utérus mobile n'est pas plus grave qu'une opération du segment inférieur, me déterminent à aller plus loin. L'utérus est enlevé d'un seul bloc, malgré les adhérences molles du cul-de-sac de Douglas, et avec lui les deux ovaires scléro-kystiques et les trompes saines. La malade, qui est concierge, retourne à sa loge et d'abord je la crois guérie ; mais, tout récemment, son fils m'apprend qu'elle se plaint toujours, se désole et s'attribue une maladie grave. Bref, l'état nerveux n'est pas modifié, et l'opération paraît avoir manqué son but.

Aux faits qui précèdent s'ajoute un cas où la mort vint dénouer, après opération la plus simple, une situation désespérée, Ce n'est pas la chirurgie qu'il faut accuser, c'est la malade elle-même, c'est la peur exagérée de l'opération, qui porte un si grand nombre de malheureuses à repousser nos soins tant qu'elles ne sont pas à bout de forces, et à les réclamer quand il n'est plus temps.

16) Cette malade, âgée de 35 ans et vierge, était venue me voir en 1889, fatiguée par ses visites à l'Exposition et ayant de vives douleurs dans le côté gauche du ventre. Elle pensait avoir eu, en 1886, une péritonite (?) qui l'avait tenue neuf mois au lit. C'était une grande nerveuse sans attaques, déjà très souffrante et découragée, mais n'ayant pas trop mauvaise mine. Je ne lui trouvai pas de lésions abdominales, mais une névralgie pelvienne inquiétante par ses retours et son intensité ; je conseillai un traitement palliatif, car je n'étais nullement disposé à recourir d'emblée aux moyens extrêmes. Mais je n'aurais pas voulu qu'elle attendît si longtemps : elle passa dans son lit presque toute l'année suivante; au mois d'avril 1891, elle m'appela en Seine-et-Oise et je la trouvai immobilisée par la douleur. Elle vivait sans manger, buvait un peu de bouillon, et toutes ses fonctions semblaient ralenties, immobilisées comme elle. La situation me parut si grave, que je proposai d'intervenir au plus vite ; mais elle refusa net. Puis elle

resta dans son lit. On m'apprit à la fin de l'année qu'elle allait un peu mieux et prenait quelque nourriture ; mais en 1892, il y eut une telle aggravation qu'elle se décida et me fit venir le 24 juillet. Elle était couchée depuis 23 mois, souffrait sans repos ni trêve et continuait à ne pas manger. Quand je voulus l'examiner, elle ne pouvait à peine tourner la tête vers moi ; elle était très amaigrie et beaucoup plus faible que je ne l'avais encore vue ; son ventre était creux et d'une extrême sensibilité au-dessus du pubis. En pareil état, l'opération était bien risquée, sans doute ; cependant comme elle devait être assez simple et rapidement faite, je comptais un peu qu'elle n'excéderait pas la résistance de cet organisme appauvri mais sans fièvre, sans altération de l'urine, sans lésions matérielles. Ajoutons que je ne pensai à la castration ovarienne que pour la rejeter comme insuffisante, et que je résolus d'extirper à la fois l'utérus et les annexes.

L'opération, faite le 24 juillet 1892, ne fut gênée que par l'étroitesse du vagin ; ovaires et trompes enlevés des deux côtés, la malade fut remise dans son lit en très bon état et sans avoir perdu de sang. Pendant un jour et demi, tout alla bien, elle-même se croyait sauvée. Mais, dans l'après-midi du second jour, le pouls faiblit à diverses reprises, malgré les injections d'éther. Il n'y avait ni ballonnement, ni douleur, ni la moindre élévation de température, mais simple collapsus, et la mort vint doucement au bout de quarante-huit heures.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister beaucoup pour montrer que, dans cette issue malheureuse, la chirurgie n'a rien à se reprocher, que la malade abandonnée à elle-même était absolument perdue, qu'une certaine opération était dangereuse mais avait encore des chances de succès, et qu'un chirurgien capable de la faire n'avait pas le droit de s'abstenir.

Je dirai mon avis, pour conclure, sur la meilleure méthode chirurgicale applicable aux grandes névralgies pelviennes. J'ai cité des exemples de laparotomies suivies de guérison durable ; mais j'ai montré aussi, par des faits, que l'incision abdominale suivie d'une opération sur les annexes ne réussit pas toujours à supprimer les douleurs. Quels sont, d'autre

part, les résultats de l'hystérectomie vaginale? Il est bien entendu qu'il ne faut pas s'attendre à des succès constants, absolus. Néanmoins, ceux que j'ai relatés ont une réelle valeur. Sur neuf observations, — sans parler des hystérectomies vaginales secondaires, qui m'ont donné des résultats complets, — il y en a huit où le succès n'est pas contestable, une seule (15) où je n'ai pas atteint mon but. Parmi les huit, il faut faire des catégories : une malade (13) ne souffre plus du ventre, mais elle sera bientôt emportée par une maladie du cœur : deux (9, 14), après disparition des douleurs abdominales, se plaignent de quelques points névralgiques dans d'autres régions, n'ayant pas à beaucoup près la même importance ; cinq (7, 8, 10, 11, 12) sont des exemples de guérison franche, constatée au bout de six mois, dix mois, onze mois et cinq ans. Toutes sont dans un état d'intégrité fonctionnelle qui n'inspire aucune réserve pour l'avenir; deux (7, 11) sont des femmes que l'opération a tirées merveilleusement d'une situation des plus graves, sinon désespérée comme la dernière que j'ai décrite (16).

Si donc je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après l'ablation des ovaires, sur les raisons théoriques qui militent en faveur de l'extirpation totale, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut regarder l'hystérectomie vaginale comme la plus sûre des deux méthodes contre des névralgies pelviennes. Encore une fois, je ne recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire, les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée doivent être écoutés et obéis comme je l'ai fait plus d'une fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice, et c'est alors que les chirurgiens sans timidité et sans système ont le devoir d'abandonner, s'il le faut, leurs vieilles habitudes pour suivre jusqu'au bout l'indication vraie.

PLACENTA PRÆVIA (1)

Par **Berry Hart** (d'Edimbourg).

Traduit d'après le *texte original*, par le Dr R. Labusquière.

Définition. — *Qu'est-ce que le placenta prævia ?* On peut définir le placenta prævia l'insertion d'une portion du délivre à une certaine distance de l'orifice interne, ou son insertion sur cette région de l'*utérus proprement dit* (c'est-à-dire la matrice, exclusion faite du col), qui est étirée et étendue durant le travail. Ces définitions exigent quelque explication et nous prenons d'abord la seconde, définition fonctionnelle, pour une raison spéciale.

Les résultats fournis par l'examen de sections faites sur des cadavres congelés de femmes mortes pendant le travail, nous ont montré que l'utérus proprement dit est divisé par l'anneau de contraction en deux régions nettement distinctes, offrant un contraste accusé. Tout ce qui est au-dessus de l'anneau de contraction est actif pendant le travail, tandis qu'une certaine portion du canal développé au-dessous de l'anneau est le segment inférieur de l'utérus, passivement dilaté. Où se trouve la ligne de conjonction de la portion inférieure de ce segment et de la portion supérieure du canal cervical ? C'est là une question difficile à résoudre, bien que la section de Chiari ait jeté quelque lumière sur ce point : cette ligne correspondrait à la limite supérieure de l'arbre de vie.

Définition fonctionnelle. — Dans les utérus *post partum*, examinés durant les 12 premières heures qui suivent l'accouchement, on peut constater nettement que la portion passivement distendue, étirée au-dessous de l'anneau de contraction est divisée presque également en *segment utérin inférieur*

(1) Communication au *Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles*, septembre 1892.

et *canal cervical*. Nous pouvons en conséquence définir le placenta prævia : *une insertion telle d'une portion du placenta qu'elle repose sur cette région de la paroi utérine proprement dite dont la limite supérieure pendant le travail est l'anneau de contraction*. Comme, pendant le travail, cette région se trouve distendue, la définition précédente n'est en somme que la vieille définition de Rigby exprimée en termes d'anatomie moderne.

Segment inférieur de l'utérus. — Nous avons maintenant à aborder une question plus difficile, savoir : *quelle portion de l'utérus à la fin de la grossesse correspond à la portion de l'utérus qui durant le travail est limitée supérieurement par l'anneau de contraction ?* La réponse est : « *le segment inférieur de l'utérus* », et il me faut, maintenant, définir cette portion importante de l'utérus gravide, à terme. Le segment inférieur de l'utérus est une portion semi-sphéroïdale, dont l'orifice interne représente le point le plus bas, et dont la ligne supérieure sur la paroi utérine est à 2 1/2 à 3 1/2 pouces environ de ce point. On donne généralement comme caractères propres de ce segment inférieur : 1° laxité de son revêtement péritonéal ; 2° dissociation possible de ses couches ; 3° présence d'une veine à son bord supérieur ; 4° minceur plus grande en comparaison de la portion supérieure de la paroi utérine.

Mais, pas un seul de ces caractères n'est suffisant dans tous les cas. La laxité du péritoine est nettement marquée en avant, mais moins bien en arrière. La limite supérieure varie, et la veine coronaire n'existe pas toujours en arrière et manque parfois en avant. Pour des considérations pratiques, cependant, nous pouvons considérer cette région semi-sphéroïdale de l'utérus comme représentant un segment spécial, et, en manière de déduction, formuler cette définition, la plus courte et la meilleure du placenta prævia : « *insertion d'une portion du placenta sur une étendue plus ou moins grande du segment inférieur de l'utérus* ».

Définition anatomique du placenta prævia. Définition de

Kaltenbach. — Hofmeier a récemment publié un travail relatif à un utérus gravide de quatre mois, utérus où il paraissait y avoir un placenta *prævia*. La portion *prævia* s'était développée dans la réflexe qui n'adhérait pas encore à la caduque vraie. Et, Kaltenbach a proposé une définition du placenta prævia, basée sur ce spécimen décrit par Hofmeier et sur d'autres observés par lui : *le placenta est prævia quand il s'insère sur le pôle inférieur de la réflexe* (...the placenta is prævia when inserted over the lower pole of the reflexa). Cette définition a été acceptée par Olshausen dans la dernière édition du « *Traité d'accouchement* » bien connu de Schröder (8e édition), en sorte qu'elle a l'appui de personnes dont l'opinion est d'un grand poids.

Nature de la réflexe. — Ceci soulève une importante question de pratique, et aussi une question d'un grand intérêt scientifique. On n'a pas trouvé un seul œuf, si jeune qu'il fût, qui n'eût sa caduque réfléchie. La réflexe est une extension sur l'œuf de la sérotine, et ses bords dans les premières périodes de la grossesse sont retenus par de nombreuses villosités. Sur un spécimen de grossesse de six semaines, que j'ai soigneusement examiné avec l'aide de mon assistant, le Dr Lovell Gulland, la caduque réfléchie avait environ, au niveau de sa jonction avec la sérotine, 1/8 millième de pouce, puis elle s'amincissait de plus en plus au delà jusqu'à se réduire à 1/10 mill. Sur plusieurs utérus gravides de 2 mois, on a constaté des villosités bien développées sur le pôle inférieur de la caduque réfléchie (Hofmeier, Kaltenbach), tandis que sur un spécimen de grossesse de 4 mois (1), le placenta était tout à fait évident sur l'extrémité inférieure de la caduque réfléchie. Je désire ici résumer brièvement l'idée que je me suis faite de la caduque. Je considère l'œuf humain comme un œuf essentiellement enfoui (embedded) — un œuf implanté dans la caduque — la caduque sérotine étant composée d'une portion profonde, voisine de la paroi utérine et d'une portion

(1) L'auteur montre un dessin de ce cas.

superficielle — la caduque réfléchie. Cet enfouissement (embedding), cette insertion de l'œuf fécondé ne se rencontre que chez les mammifères élevés dans l'échelle animale, et chez les insectivores. Ainsi, chez le hérisson, Hubrecht a vu que l'œuf fécondé, lorsqu'il prend contact avec la sérotine (tropho-spongia), détruit manifestement l'épithélium et bientôt après s'enfonce dans la sérotine, qui alors se referme au-dessus de lui, constituant ainsi une caduque réfléchie. Comment se forme la caduque réfléchie pour l'œuf humain, on l'ignore. Mais, j'incline à penser qu'elle se forme comme chez le hérisson, ou bien que l'œuf humain se greffe sur une portion de sérotine dépourvue d'épithélium et qu'ensuite la sérotine se complète au-dessus de l'œuf. Au niveau du lieu de fusion de ce qu'on nomme caduque réfléchie avec la sérotine proprement dite, on trouve des villosités au début bien développées, tandis que ce développement est moins marqué à mesure qu'on se rapproche du point le plus élevé de la caduque réfléchie (1).

Dernières modifications dans le placenta réflexe. — Ce développement de villosités au niveau de la réflexe n'est que temporaire, et, finalement, survient une atrophie, qu'on pourrait dénommer : atrophie du « *placenta réflexe* ». Ces changements proviennent, d'une part, de ce que l'apport nutritif sanguin à la caduque réfléchie est moindre que celui qui se fait vers la sérotine proprement dite, et, d'autre part, en conséquence d'une propriété active des villosités, mise en relief dans un travail récent sur le placenta par le Dr Gulland et par moi-même. Au point où les terminaisons villeuses touchent la sérotine proprement dite, tout le monde peut constater un faisceau de tissu dense et dégénéré dû à une action active et vraisemblablement phagocytique des villosités. Cela nous permet de comprendre comment le « *placenta réflexe* » s'atrophie à mesure que la grossesse poursuit son cours, enfin que la portion de la caduque réflé-

(1) Présentation de dessins confirmatifs.

chie au-dessus de l'orifice interne peut rester seulement comme une portion épaissie des membranes sur le bord du placenta vrai (1).

Cause du placenta prævia. — L'origine du placenta prævia, c'est l'implantation primitive de l'œuf fécondé sur la région inférieure de l'utérus ou même sur l'orifice interne. L'objection vigoureuse que fait Kaltenbach à cette opinion ne me paraît pas tout à fait valide. Il prétend que le petit œuf passerait dans la cavité cervicale et qu'il serait perdu. Or, nous devons nous rappeler que la caduque hypertrophiée et plissée doit oblitérer l'orifice interne, et que par conséquent l'implantation peut se faire au-dessus. Mais, pour quelle raison cette insertion basse se produit-elle? Nous savons seulement quelle est plus apte à se produire dans les cas où la muqueuse utérine a été malade. Or, je voudrais émettre l'hypothèse, *seulement une hypothèse, que l'œuf humain ne peut se greffer que sur une surface dénudée, qu'ainsi il ne se greffe pas sur la trompe de Fallope, mais seulement sur un point de la cavité utérine où l'épithélium a été enlevé par la menstruation.* Et, une quelconque des variétés du placenta prævia serait réalisée quand l'œuf n'aurait pu prendre contact avec des éléments connectifs que dans une partie inférieure de la cavité utérine.

Au résumé, *le placenta prævia est l'implantation primitive de l'œuf sur le segment inférieur de l'utérus. Les travaux remarquables d'Hofmeier et de Kaltenbach ne me paraissent pas avoir, du moins encore, ruiné l'opinion classique que j'ai pris sur moi de défendre. Il n'est pas douteux, cependant, que toutes les pièces pathologiques relatives à cette question, doivent être examinées avec un soin minutieux.*

Mais qu'est-ce qui fait cette insertion anormale du placenta si dangereuse pour la mère et pour l'enfant? La réponse

(1) Ce processus de dégénérescence et d'amincissement était très nettement indiqué sur l'œuf de 4 mois auquel l'auteur a déjà fait allusion.

est évidemment : *l'hémorrhagie ;* aussi, je vais étudier maintenant :

I. — L'ANATOMIE MICROSCOPIQUE SPÉCIALE DU PLACENTA INSÉRÉ SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

II. — LA CAUSE DE LA SÉPARATION DE LA PORTION PRÆVIA.

Anatomie spéciale. — I. *Anatomie microscopique spéciale du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, étudiée dans ce qu'elle a d'intéressant au point de vue du décollement du placenta et de l'hémorrhagie.* Cette description est basée sur l'examen de plusieurs opérées, mais principalement sur celui d'une grossesse de quatre mois environ, où le bord inférieur du placenta était à un pouce de l'orifice interne. Dans ce cas, la réflexe n'avait pris aucune part spéciale à la formation de la portion prævia, bien que le fort épaississement de la caduque vraie entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne constituât une condition de nature à favoriser la formation d'un placenta réflexe.

Les parties qui méritent une mention spéciale sont : 1° *la paroi musculaire ;* 2° *la couche spongieuse ;* 3° *la couche à grosses cellules et son union intime avec les extrémités villeuses ;* 4° *l'apport sanguin.*

1° *La paroi musculaire* du segment inférieur de l'utérus est caractérisée, anatomiquement, par la direction longitunale de ses fibres et, fonctionnellement, par sa propriété de distension mécanique ; caractères auxquels il a été fait suffisamment allusion plus haut.

2° *La couche spongieuse* est très bien marquée dans les premières périodes de la grossesse, mais elle est moins large quand la gestation est plus avancée. A tous les âges de la grossesse elle est bien marquée, et l'on sait aujourd'hui qu'elle est constituée par les fonds des glandes utérines dilatées : *elle est de la plus haute importance parce qu'elle représente la couche où s'effectue la séparation du placenta.*

3° *La couche à grosses cellules et son intime union avec les extrémités villeuses.* A ce niveau de la section placen-

taire, nous notons une union intime des villosités avec la couche à larges cellules de la sérotine. Ce détail a été déjà signalé, mais il est important, parce qu'il empêche que la séparation ne s'effectue à ce niveau.

4° *L'apport sanguin dans la région du segment inférieur de l'utérus.* Sur cette question des voies sanguines afférentes vers le placenta nous possédons beaucoup de documents ; et, à l'heure actuelle, grâce aux travaux de John Hunter, de Farre, de W. Turner, Waldeyer, Bumm, Hofmeier, etc., nos connaissances sur ce point sont sérieuses et importantes. L'apport sanguin au segment inférieur de l'utérus et au placenta maternel, quand il s'insère sur cette région, est fourni par l'artère utérine et principalement par une branche de cette artère qui d'abord passe à travers la portion contractile de l'utérus. Les artères hélicines déversent le sang dans les espaces intervilleux, tandis qu'il retourne à la circulation maternelle par le sinus de Meckel et par les veines habituellement situées dans la substance des cotylédons.

Les points spéciaux qui nous intéressent cependant, sont : a) *quel est l'état des parois des vaisseaux sanguins au niveau de la ligne de séparation*, c'est-à-dire, de la couche spongieuse ? b) *quelle est la source de l'hémorrhagie ?* Notre réponse à la première question, c'est que *les parois des vaisseaux sanguins, artères et veines, au niveau du plan de séparation sont des parois minces, et par suite disposées à se laisser facilement déchirer.*

Sur ce point, Farre et Waldeyer sont très catégoriques, et mes pièces anatomiques confirment parfaitement leur manière de voir. Un détail qu'il faut particulièrement retenir, c'est l'abondante vascularisation veineuse du segment inférieur de l'utérus dans les cas de placenta prævia. (1)

Source de l'hémorrhagie. — La source de l'hémorrhagie

(1) HART a montré le dessin d'une section verticale médiane pratiquée sur le cadavre d'une femme atteinte de placenta prævia, et qui mourut de pneumonie, le 5e jour après l'accouchement. Ce dessin met bien en évidence cette richesse de la vascularisation veineuse.

réside *essentiellement dans les vaisseaux maternels, à minces parois, situés dans la couche spongieuse de la sérotine, et déchirés*. Toute autre source, comme le sinus de Meckel, est insignifiante.

Il résulte de tout ce que j'ai dit que l'arrêt de l'hémorrhagie dans le placenta prævia est dû au collapsus des vaisseaux à minces parois déchirés et à la compression. La musculeuse du segment inférieur de l'utérus n'est pas douée de contraction active, bien que la contraction utérine, pour les raisons exposées précédemment, puisse agir sur la principale voie artérielle afférente.

II. *Cause du décollement de la portion prævia du placenta.* — Elle a été d'abord indiquée par Matthews Duncan, et, avec quelques courtes additions, sa manière de voir est la suivante : le segment inférieur semi-sphéroïdal de l'utérus à terme est transformé, durant le travail, en un canal tubulaire : la surface utérine est augmentée et la distension transversale est d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage du segment inférieur. La portion du placenta insérée sur ce segment ne peut pas suivre parallèlement l'étalement, la distension de celui-ci, et conséquemment les connexions filamenteuses de la couche spongieuse cèdent, c'est-à-dire que la portion prævia du placenta se sépare : des déchirures vasculaires résulte la complication que nous dénommons, *hémorrhagie inévitable*. Ce mécanisme est accepté par tous comme étant celui qui s'opère pendant l'accouchement dans les cas de placenta prævia à terme.

Pouvons-nous fournir quelques données plus précises ? Qu'avons-nous besoin de connaître : 1) l'aire superficielle du segment inférieur de l'utérus à terme ; 2) l'aire superficielle du canal tubulaire en lequel ce segment se trouve transformé quand il est complètement canalisé ?

Ces données, malheureusement, on ne les possède pas encore, parce qu'on n'a pas encore pris un moule en plâtre de la cavité de l'utérus à terme mais, heureusement, nous possédons des moules d'utérus à 8 mois, et du canal génital

vers la fin de la seconde période du travail. Ces moules, mes amis Barbour et Webster les ont mis à ma disposition et je les ai utilisés de la façon suivante :

Sur le moule de l'utérus de 8 mois de grossesse, je délimitai le segment inférieur comme s'étendant approximativement à 6 centim. 2/5 de l'orifice interne. La portion semi-sphéroïdale fut recouverte avec du papier, puis le papier aplati et mesuré : sa surface mesurait 15 pouces carrés.

Pour le segment inférieur de l'utérus développé (avec probablement partie du canal cervical) je trouvai, en procédant de même façon, 37,75 pouces carrés. Ces données sont sans doute imparfaites, parce que l'utérus gravide était un utérus de huit mois, et que Barbour et Webster furent dans l'impossibilité de fixer rigoureusement les limites inférieures du segment inférieur pendant le travail. Cependant, ces mensurations ne doivent pas exagérer de beaucoup le degré d'extension du segment inférieur pendant le travail, d'autant plus que la partie canalisée est fortement distendue pendant les douleurs. J'espère que de nouveaux observateurs réussiront, au moyen des moules en plâtre, à obtenir des données plus exactes et plus complètes.

Mais l'hémorrhagie, dans les cas de placenta prævia, survient souvent au 7e ou au 8e mois de la gestation. Et beaucoup d'auteurs, dont Bayer, ont essayé de trouver l'explication de ce fait dans la théorie d'après laquelle « la transformation de la portion supra-vaginale du col qui viendrait à continuer l'utérus, déterminerait le décollement du placenta et partant l'hémorrhagie ». Je n'incline pas à accepter cette interprétation, mais, la question est complexe, elle reste encore *sub judice*, tout au moins en ce qui touche aux hémorrhagies du 7e mois. L'état des bords du placenta dans ces cas, c'est-à-dire son état d'atrophie, reste un champ ouvert aux investigations, particulièrement sous le point de vue de la persistance de la réflexe.

Relation du placenta prævia avec l'accouchement normal. — Le placenta prævia ne constitue pas, à vrai dire, une

chose tout à fait nouvelle pendant l'accouchement. A la fin de la grossesse, normalement, les membranes tapissent le segment inférieur ; on a en quelque sorte des *membranes prævia*. Dans l'accouchement normal, ces membranes sont séparées jusqu'au niveau de l'anneau de contraction, décollement qui donne lieu à cette hémorrhagie légère, *qui marque*, et qui est un symptôme si caractéristique des premières contractions. Dans le premier stade de l'avortement, c'est la caduque vraie épaissie qui, au niveau du segment inférieur, se décolle, produisant ainsi l'hémorrhagie plus abondante de la fausse couche précoce. Dans les cas de placenta prævia, c'est la portion prævia du délivre qui se sépare du segment inférieur anormalement vasculaire, d'où l'hémorrhagie effroyable en comparaison de l'hémorrhagie diagnostique du travail normal.

Traitement. — Il est impossible de faire plus que d'indiquer les principes fondamentaux qui doivent nous guider en de semblables conditions.

Des faits anatomiques et physiologiques que je vous ai présentés il ressort nettement : que le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie c'est la compression, et qu'il faut en outre s'efforcer d'employer un agent mécanique qui, également, canalise le segment inférieur de l'utérus et le canal cervical. Mais, ce ne sont pas là les seuls principes sur lesquels il faut baser son intervention. Dans toute méthode de traitement, il faut, avec la plus grande rigueur, appliquer la méthode antiseptique, et l'on conçoit, qu'avec les procédés qui traîent en longueur, on risque davantage de tomber en défaut dans la réalisation de cette condition essentielle de toute opération. Un dernier point que nous oublions trop facilement, c'est que le plus grand nombre des placentas prævia sont traités par les praticiens ordinaires qui, pour se diriger, demandent au spécialiste la méthode la plus simple et la plus sûre de traitement.

Importance de la version bipolaire précoce. — Je suis convaincu que la méthode de traitement la plus sûre dans la

majorité des cas consiste dans la version bipolaire de Braxton Hicks, pratiquée dès que la dilatation ou la dilatabilité des voies maternelles la rend praticable. On la fait suivre de l'extraction rapide ou lente de l'enfant, suivant les cas. Les avantages de cette méthode thérapeutique sont les suivants : 1) elle peut être exécutée même avec une faible dilatation du col ; 2) elle arrête absolument l'hémorrhagie ; 3) les membres inférieurs et le siège abaissés dilatent les voies maternelles ; 4) elle n'augmente pas visiblement les dangers courus par la mère ; 5) ce n'est que dans les cas de rigidité des tissus ou de prolapsus du cordon qu'elle augmente les risques courus par l'enfant ; 6) elle permet une antisepsie rigoureuse ; 7) elle n'exige ni délai dans les cas urgents, ni outillage spécial.

Au résumé, *c'est le traitement que je préconise, sauf pour les cas légers où la rupture des membranes suffit.*

TAMPONNEMENT. — Je ne rejette pas systématiquement les autres méthodes thérapeutiques. Le tamponnement du vagin, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation suffisante pour faire la version bipolaire, a donné de bons résultats à plusieurs accoucheurs.

Quant au *décollement du placenta,* méthode qui a pour elle la grande autorité de Barnes, je n'en ai aucune expérience. Toutefois, d'après ce que j'en ai appris, il me semble qu'elle n'a pas reçu encore une sanction suffisante pour la préconiser.

CAS DIFFICILES. — Les cas difficiles se rencontrent chez les primipares âgées ou chez les femmes dont le placenta occupe presque la totalité du segment inférieur de l'utérus (placenta prævia *central*). Dans les premiers cas, on retire de bons résultats de l'usage de dilatateurs en caoutchouc (Keiller, Barnes, etc.) introduits dans le col, et suivi de la version pratiquée aussitôt que possible, le travail étant ensuite abandonné à lui-même, ainsi qu'il a été dit. Dans les autres (pl. *central*), le mieux est de traverser le placenta, d'abaisser un pied, et pour le reste, de tenir compte des indications particulières à chaque cas.

Le salut de la mère d'abord, l'enfant vient en seconde ligne. Aussi, ne faut-il pas perdre trop de temps dans l'emploi des dilatateurs, parce qu'il en peut résulter une grande perte de sang. Il ne faut pas non plus extraire trop rapidement, car on risquerait de déchirer les tissus maternels et de provoquer un complément d'hémorrhagie.

STIMULATION ET TRANSFUSION SOUS-CUTANÉE.—Après la version, la chose la plus importante c'est la *stimulation*. On est souvent appelé quand déjà la parturiente a perdu beaucoup de sang, les stimulants sont de rigueur. Pour cette indication, rien ne vaut les injections sous-cutanées d'éther sulfurique et l'auto-transfusion. Je préconise particulièrement les injections sous-cutanées salées avec l'appareil de Munchmeyer. La méthode est simple, efficace, et, surtout, ce n'est pas un moyen en dernier ressort. A mon avis, son principal mérite c'est qu'elle peut être appliquée avant qu'il y ait des indications urgentes, qu'elle est inoffensive même dans les mains d'un praticien jeune et inexpérimenté, et qu'elle n'exige pas les indications absolues nécessaires pour la transfusion veineuse. Avant tout, c'est une méthode de pratique.

Je considère comme un avantage important, qu'elle nous permette, même en l'absence d'indications graves, d'augmenter la masse du sang maternel.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — Même quand la délivrance est complètement terminée, les préoccupations de l'accoucheur ne prennent pas fin. Il doit se tenir soigneusement en garde contre l'éventualité possible d'une hémorragie *post partum*. Comme l'hémorrhagie, le plus souvent, provient de déchirures cervicales, on pourra avoir recours à la compression exercée avec les doigts ou même, s'il est nécessaire, à la suture des lèvres déchirées. Si la source de l'hémorrhagie est au niveau du segment inférieur de l'utérus, le tampon à la gaze iodoformée (méthode de Duhrssen) sera avantageusement essayé.

REVUE CLINIQUE

CAS DE GROSSESSE TUBAIRE, LES DEUX TROMPES GRAVIDES, OPÉRATION, GUÉRISON

Par **A. L. Galabin**

Traduit d'après le *British medical* (1), par le Dr R. Labusquière

Le 7 août 1891, la femme S..., âgée de 33 ans, était admise au « *St Mary's Hospital* » (Manchester). Elle se plaignait de douleurs abdominales, de défécation et de menstruation douloureuses. Elle était restée mariée dix ans, et la première grossesse était survenue un an après le mariage; la dernière datait de quatre ans environ. La seconde grossese se termina par avortement, la troisième par accouchement prématuré (enfant putréfié), mais, les première, quatrième et cinquième arrivèrent à terme, et, de plus, accouchements et suites de couches furent normaux. Première menstruation à 14 ans, et jusqu'il y a deux années, menstruation régulière bien que douloureuse. Depuis lors, règles trop fréquentes et excessives.

La dernière menstruation, avant l'admission de la femme à l'hôpital, avait eu lieu en juillet, après un intervalle de 8 à 9 semaines, c'est-à-dire que les règles avaient manqué en mai et juin. Tout le mois de juin, elle avait gardé le lit, éprouvant des douleurs dans le ventre, qui se produisaient surtout à l'occasion de la défécation. A la même époque, elle souffrit aussi de nausées, ressentit des douleurs dans les seins, mais sans que jamais l'idée lui vînt qu'elle fût enceinte.

Examen : Utérus normal comme volume et comme position; mobilité légèrement diminuée. Au niveau du ligament large gauche et tout près de l'utérus, on constate une masse, du volume d'une orange. Mais, à cause de la sensibilité extrême, de la douleur développée par la palpation bimanuelle, il ne fut pas possible de la délimiter exactement. La laparotomie fut proposée à la ma-

(1) *British med. Journ.*, 10 octobre 1892, no 1657, p. 732.

lade, et acceptée. Mais, pour des motifs spéciaux, la femme dut quitter l'hôpital sans avoir été opérée.

Elle y retourna le 14 décembre 1891. A cette époque, elle était très fatiguée par une bronchite. Elle souffrait encore pendant la défécation, mais d'autre part, les règles s'étaient montrées régulièrement depuis la dernière semaine de juillet. A l'examen bimanuel, on constata que l'utérus était tel qu'il avait paru dans l'examen précédent. Quant à la tumeur qui siégeait au niveau du ligament large, et qui put être délimitée, elle avait la grosseur d'un œuf de poule et parut demi-kystique.

Les symptômes pelviens étant moins accusés que jadis, on jugea qu'il était préférable de remettre l'opération jusqu'à ce que la toux se fût améliorée. En conséquence, la femme ne rentra à l'hôpital que le 19 février 1892. On apprit alors, qu'elle avait eu ses règles en décembre, mais qu'elles avaient manqué en janvier, et s'étaient montrées de nouveau, en février, deux jours avant la réadmission. Durant les sept semaines d'aménorrhée, la femme avait été sujette à beaucoup de malaises.

Le 21 février, après cessation de l'écoulement menstruel, nouvel examen qui indiqua les modifications suivantes : l'utérus était toujours normal comme grosseur et comme situation, la tumeur au niveau du ligament large se présentait avec les mêmes caractères, mais, à droite de l'utérus, on constatait une tuméfaction, paraissant kystique, et qui s'étendait transversalement en arrière de la matrice.

L'opération fut décidée pour le 26 février. Le 25, on administra à la malade un laxatif qui provoqua plusieurs garde-robes. A onze heures du soir, elle fut tout à coup prise de vives douleurs dans le bas-ventre, eut des vomissements et se sentit tout à fait faible. Le chirurgien de l'hôpital, le Dr Helme, la vit et constata une grande excitation. Il pratiqua un examen vaginal, et trouva les choses dans le même état qu'auparavant ; seulement, la paroi abdominale était plus contractée, et le palper plus douloureux. Pouls à 100 et faible. On pensa qu'il s'était produit une rupture tubaire. Néanmoins, la femme se remit promptement, et le lendemain je fis la laparotomie.

Opération. — Incision, longue de trois pouces suivant la ligne blanche. Dès l'incision du péritoine, on constata que les bords de la séreuse étaient épaissis. Au même moment, il s'écoula du sang

liquide mêlé de caillots. Passant les doigts à travers l'incision, j'explorai les organes pelviens, et durant cette manœuvre, il s'écoula en plus grande abondance du sang qui était demi-coagulé. L'utérus était en position normale et non augmenté de volume. Il y avait au niveau du ligament large gauche une tuméfaction kystique, de la grosseur d'une orange ; à droite, et en arrière de l'utérus, il en existait une autre semblable.

Comme les deux tuméfactions adhéraient aux organes voisins, et qu'il était difficile de les libérer de leurs connexions, j'introduisis dans le vagin deux doigts de la main droite, avec lesquels je pressai sur la voûte vaginale, tandis que de la main gauche, je détruisis les adhérences; la manœuvre me fut d'un grand secours (1). Je séparai d'abord la tumeur droite. L'attirant alors au niveau de l'incision abdominale, je vis qu'elle était de couleur rouge somhre et qu'elle était constituée par la trompe de Fallope distendue par du sang. L'ovaire droit, plus petit qu'à l'état normal, sain du reste, adhérait à la trompe. Après ligature du ligament large droit, extirpation de la trompe et de l'ovaire.

Passant au côté gauche, je constatai que la tumeur était un peu plus volumineuse et un peu plus molle. Les adhérences détruites, la trompe gauche se trouva presque énucléée, et il suffit de jeter une simple ligature sur son pédicule. L'ovaire gauche était petit et aplati, et si adhérent au ligament large qu'il ne fut fait aucune tentative pour l'enlever. Je lavai ensuite le ventre avec de l'eau chaude à la température de 114° F. (45° *cent.*) ce qui entraîna un certain nombre de caillots restés cachés entre les anses intestinales et qui, sûrement, n'auraient pas été évacués si je m'étais contenté d'éponger la cavité pelvienne. L'irrigation abdominale fut continuée jusqu'à ce que l'eau revînt limpide. Drainage, au moyen d'un tube en verre. Fermeture de la plaie abdominale au moyen de bonnes sutures, et pansement sec avec du coton sublimé.

Suites opératoires. — L'opérée ne présenta pas de symptômes accusés de shock. Elle se remit vite de l'anesthésie et du traumatisme opératoire. Mais, plusieurs jours durant, elle accusa des douleurs et des malaises (nausées). Pendant les 24 premières heures, le liquide évacué par le tube à drainage était du sang pur,

(1) L'auteur a réalisé avec ses doigts ce que l'on cherche à obtenir avec le ballon de Petersen : rendre les parties plus accessibles.

dans les 24 heures qui suivirent ce fut un liquide séro-sanguin ; 12 heures après il ne s'écoulait plus que du sérum; le tube fut enlevé.

La température offrit peu d'irrégularités. Le soir de l'opération, elle atteignit 100°,2 F. (38° *cent.*), le pouls était à 104. Le maximum thermique fut 100°,4, il fut atteint le quatrième soir. Le pouls se tint entre 80 et 90, sauf dans 3 circonstances où il dépassa 100.

Le lendemain de l'opération, les règles se montrèrent. Elles durèrent 3 jours ; dès qu'elles eurent pris fin, l'état nauséeux disparut et les douleurs devinrent moins pénibles. Le 7e jour, on enleva un certain nombre de sutures, les autres le 12e.

L'opérée quitta l'hôpital le 26 mars. Revue le 26 juillet, on put constater que son état général s'était grandement amélioré. Elle avait engraissé et respirait la santé, et elle avait pu vaquer aux affaires de son ménage. Depuis sa sortie de l'hôpital, la menstruation s'était faite régulièrement et avec peu de souffrances. Comme elle était justement réglée à cette date, on s'abstint d'examen vaginal.

Examen des pièces. — Il fut fait par Blaud Sutton qui écrivit à ce sujet le rapport suivant : « J'ai reçu du Dr Walter deux trompes de Fallope oblitérées et distendues. La gauche était beaucoup plus

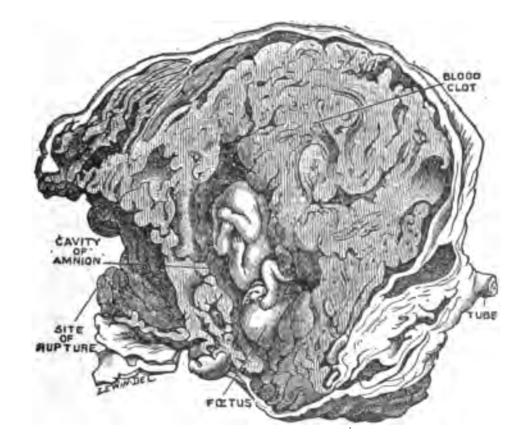


FIG. 1. — Trompe gauche en coupe.

considérable que la droite, et présentait près de son extrémité

externe, dans l'épaisseur de sa paroi, une déchirure qui laissait voir quelques caillots sanguins, fermes. L'oviducte était interrompu dans sa longueur et principalement occupé par un œuf apoplectique (môle tubaire); la cavité amniotique contenait un embryon long de 6 cent. L'embryon était si saturé de sang que, par sa couleur, il ressemblait aux caillots dont il était entouré. (Voir fig. 1.)

A l'examen de la trompe droite, on constata que l'extrémité

FIG. 2. — Trompe droite.

abdominale était complètement oblitérée, et que les parois tubaires étaient parfaitement intactes. Intérieurement, l'oviducte était

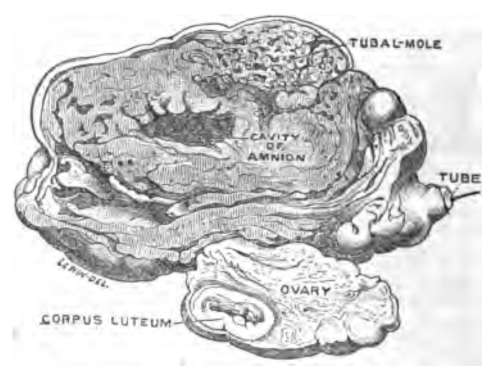


FIG. 3. — Trompe droite en coupe.

occupé par une môle tubaire. La cavité amniotique existait encore mais on ne put découvrir d'embryon. (Voir fig. 2 et fig. 3.)

Une portion de la trompe et de la môle fut préparée pour être soumise à l'examen microscopique. Cet examen permit de constater des villosités choriales réunies en amas, et fournit la preuve formelle que le caillot organisé dans la trompe droite était une môle tubaire. Dans ce cas, on a eu affaire à une double grossesse tubaire, mais beaucoup plus avancée dans la trompe gauche. L'état des parties n'a pas permis de déterminer l'âge respectif des deux grossesses.

Réfexions. — A ma connaissance, c'est le premier exemple, formel, d'une *grossesse tubaire bilatérale*. On a cité 3 cas, dans lesquels le fait s'était peut-être produit, mais la démonstration ne fut pas complète.

Rowan a décrit un cas, dans lequel il avait opéré une femme âgée de 23 ans, qui présentait tous les signes d'une rupture de la trompe gravide. La trompe droite était dilatée jusqu'au volume d'un œuf de poule, et à la section il constata une masse de tissu placentaire qui adhérait solidement à l'une des parois de l'oviducte. Il ne douta pas qu'il se trouvait en présence d'une grossesse tubaire de six ou sept semaines en voie de régression. D'autre part, la trompe gauche était transformée en un kyste du volume d'une orange plein de sang grumeleux.

Doran a donné une relation très détaillée d'un cas dans lequel il avait opéré et trouvé la trompe droite occupée par une môle typique, l'ostium tubaire était largement béant. L'oviducte gauche était en outre dilaté et rupturé. Il y avait beaucoup de sang libre dans la cavité péritonéale, mais il fut impossible de découvrir le moindre vestige ovulaire.

Dr Savage a montré un exemple probable de grossesse tubaire bilatérale. A droite, la trompe était rompue dans sa portion centrale donnant issue à une môle apoplectique. A gauche, on trouva une tumeur, grosse comme un poing fermé et pleine de sang noir, qui adhérait à l'épiploon et à l'intestin. L'aspect de l'oviducte, distendu dans sa portion ampullaire, faisait penser à un « avortement tubaire ».

Il est regrettable qu'on ne se soit pas appliqué, dans ce

cas, à avoir la démonstration absolue qu'il s'agissait bien d'un second œuf.

Au total, dans aucune de ces 3 observations, l'existence d'une double grossesse tubaire n'a été rigoureusement démontrée (1).

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PATHOLOGIE DES DIVERS CANCERS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (1885-1891) (2).

Par **Rudolf Beneke**.

Traduction par le D[r] R. LABUSQUIÈRE.

I. — **Ovaires.**

Dans l'important travail de Cohn (3) sur les tumeurs malignes de l'ovaire, travail qui fut fait surtout à un point de vue chirurgical et avec 100 cas de la clinique de Schröder (sur un ensemble de 600 ovariotomies), ces tumeurs sont classées de la façon suivante : 1) SARCOME, très rare ; 2) CARCINOMES VRAIS, solides, également rares ; en général, ces néoplasmes affectent la forme de l'ovaire ; histologiquement,

---

(1) Depuis que ce travail a été fait, Mackenrodt (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXIII, Hft 1, p. 301) a publié un cas de grossesse tubaire bilatérale, qu'il a observée chez une femme âgée de 32 ans. En mai 1890, la femme fut prise de symptômes militants en faveur de la rupture d'une trompe gravide ; l'opération est refusée. En octobre 1891, mêmes symptômes. A cette occasion, la laparotomie fut faite. On trouva : 1) la trompe gauche gravide, ayant les dimensions d'un œuf d'oie ; 2) la trompe droite, contenant des os de fœtus.

(2) La traduction que nous publions ici contient tout ce qui peut intéresser nos lecteurs dans un travail général sur la *Pathologie du cancer*, travail publié dans le « *Schmidt's Jahrbücher* » de cette année (N.D.L.R.).

(3) COHN. Die bösartigen Geschwülste d. Eierstöcke, vom klinischen Standpunkt betrachtet. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XIII, 1, p. 89, 1886.

les constituent plusieurs variétés (squirrhe, carcinome médullaire). Ils s'accroissent lentement, mais sont d'une grande malignité en raison de leur tendance à intéresser de bonne heure tissu cellulaire pelvien, ganglions et péritoine. La plupart du temps le processus est bilatéral et se rencontre dans l'âge avancé bien qu'on puisse aussi l'observer chez des enfants ; 3) KYSTOME AVEC DÉGÉNÉRESCENCE CARCINOMATEUSE, souvent de grande malignité, et très sujet à récidiver. En beaucoup de cas, la dégénérescence ne frappe qu'un seul point de la paroi, ou bien il arrive que quelques kystes seuls sont pleins d'éléments cancéreux ; 4) PAPILLOMES qui dans toutes les formes anatomiques vont du néoplasme de bonne nature au néoplasme malin, mais qui, cliniquement et dans l'ensemble, en raison du danger toujours existant d'une dégénérescence maligne, doivent être traités comme malins ; le plus souvent, le papillome est bilatéral et son accroissement lent ; il peut infecter le péritoine ; 5) PAPILLOME PUR (très rare), dans lequel les papilles, à la surface de l'ovaire, proéminent librement dans la cavité péritonéale ; 6) MYXOMES de nature maligne, mais, histologiquement, de caractère indéterminé.

DIAGNOSTIC. — 1) Les *sarcomes* se distinguent par leur évolution rapide et l'émaciation précoce ; néanmoins, le diagnostic reste incertain, les menstrues ne présentent aucune déviation caractéristique du type normal ; 2) les *carcinomes*, sont, *non toujours*, bilatéraux. Les règles sont tôt supprimées, et de bonne heure apparaissent ascite et œdèmes. L'existence dans l'espace de Douglas de masses compressibles est significatif (Schröder) ; 3) la dégénérescence cancéreuse de kystes glandulaires devient probable, quand de ces tumeurs, après être restées longtemps stationnaires, se mettent à augmenter rapidement de volume et que l'on voit survenir de l'ascite, des œdèmes et la cachexie ; 4) la forme papillaire ne peut être distinguée des précédentes que lorsque les végétations papillaires apparaissent à la surface ; le fait qu'elle est souvent bilatérale doit être également pris en considération.

Quant à la ponction exploratrice, Cohn la considère, non seulement comme inutile, mais comme réellement dangereuse en raison de l'infection possible du péritoine ; par contre, il conseille, dans les cas douteux, de recourir à la laparotomie exploratrice.

Freund (1), d'une manière générale, ne pense pas que les tumeurs malignes de l'ovaire soient aussi fréquentes que le dit Cohn. Si, dans les faits cliniques utilisés par ce dernier, il s'est rencontré une forte proportion de ces tumeurs malignes, c'est que la plupart des femmes atteintes d'affections à évolution bénigne se font traiter chez elles. Relativement au diagnostic, Freund signale l'existence d'un épanchement pleurétique qu'il a constaté 10 fois sur 12 ; il s'agit d'un simple transsudat (se propageant, d'après Freund, de l'abdomen), qui apparaît assez tard au cours de la maladie, et aussi bien dans les cas de papillomes carcinomateux que de carcinomes véritables et de sarcomes. En général, Freund a constaté que les règles n'étaient pas troublées dans les cas de tumeurs malignes.

Lerch (2) résume la symptomatologie d'après l'histoire clinique de 22 cas de cancer de l'ovaire. Selon cet auteur, le cancer se développerait de préférence sur les ovaires kystiques ; très fréquemment il est bilatéral (d'après Lerch dans le rapport de 22 : 14, d'après Léopold de 63 : 33). La forme des tumeurs est sphérique, bosselée ou lisse. De 22 femmes 18 étaient mariées, cependant, la valeur étiologique de cette condition n'est pas définitivement établie. La plupart du temps le cancer survient pendant ou après la ménopause, (d'autres auteurs acceptent une date encore plus précoce, par exemple, le moment de la plus grande activité sexuelle). L'allure du développement fut très différente. Les règles furent tantôt excessives tantôt diminuées. Durée très varia-

(1) FREUND. Ueber d. Behand. bösart. Eierstocksgeschwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XVII, 1, 1889.

(2) LERCH. Beitrag zur Kenntniss. u. Behandlung des Carcinoms der Ovarien. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3, 1889, et Inaug. Diss. Bern., 1889, Huber.

ble de l'évolution morbide. Ascite, très souvent métastases hépatiques.

Leopold (1) a trouvé une proportion relativement élevée de tumeurs ovariques malignes. Ainsi sur 116 tumeurs ovariques, 19 cystomes papillaires ou carcinomes.

Krukenberg (2) a décrit, en même temps que rassemblé les faits analogues, un cas de présence simultanée sur le même ovaire de carcinome et de kyste dermoïde. Il s'agissait d'une femme de 43 ans. La tumeur ovarique de la grosseur d'une tête d'enfant était composée de deux kystes dermoïdes ; dans le plus volumineux, les cônes épithéliaux étaient en partie étranglés et se prolongeaient dans la couche connective externe de la tumeur. Sur la plus grande portion de la paroi kystique, on constatait du cancer à épithélium pavimenteux avec globes épithéliaux ; d'autre part, le cancer proéminait librement en dehors de la paroi. En outre, il existait sur l'épiploon, des métastases de nature cancéreuse. Dans la plupart des cas recueillis dans la littérature médicale, il s'agissait aussi de dégénérescence cancéreuse du réseau de Malpighi, et également de cancroïde.

Relativement à la production de formations cancéreuses sur la cicatrice abdominale à la suite de l'extirpation de kystes ovariques de bonne nature, Frank (3) a fait une communication basée sur 2 cas. Dans ces 2 cas Chiari avait, de par l'examen histologique, conclu à des kystes de bonne nature, qui aboutirent ultérieurement à un adéno-carcinome.

Gruss (4) a publié un cas observé par Ahlfeld, dans lequel la femme mourut de cancer du péritoine et de la vésicule biliaire, 5 mois après l'extirpation d'un kyste multiloculaire, absolument de bonne nature (Marchand) ; évidemment, le néoplasme malin existait déjà à l'époque de l'opération.

---

(1) Leopold. Ueber die Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren u. ihre operative Behandlung. *Deutsch med. Wochsch.*, XIII, 4, 1887.

(2) Krukenberg. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom u. Dermoidcyste in ein u. demsellen Organ. *Arch. f. Gyn.*, XXX, 2, 1887.

(3) Frank. *Prager med. Wchschr.* XVI, 22, 1891.

(4) Gruss. *Ueber Carcinom der Unterleibsorgane.* Inaug. Diss. Marburg 1886.

II. — Trompes de Fallope.

A la Société obstétricale et gynécologique, Orthmann (1) a communiqué un travail sur le cancer primitif, très rare de la trompe. Dans ce travail, il a condensé ce qui a paru dans la littérature médicale sur la question. Il a observé lui-même un cas de carcinome papillaire dans lequel, simultanément, étaient survenus deux abcès de l'ovaire avec dégénérescence partielle, secondaire de la paroi Au cours de la discussion, plusieurs des chirurgiens s'accordèrent à reconnaître la rareté du cancer primitif de l'oviducte.

Eberth et Kaltenbach (2) ont signalé comme stade prémonitoire du carcinome vrai, un papillome de la trompe, avec structure papillaire typique même au niveau des espaces kystiques étranglés, le papillome n'avait qu'en partie pénétré dans la musculeuse, et on n'était pas encore justifié à le dénommer carcinome vrai. Kaltenbach (3) a également décrit un carcinome *bilatéral* de la trompe. Schede a vu (4) un carcinome tubaire, *primitif*, qui avait son point de départ dans une corne utérine ; enfin, Doran (5) opéra un cas de ce genre, de la trompe droite ; déjà, au moment de l'intervention, il existait de petits foyers métastatiques sur l'ovaire droit. Lorsque la femme, âgée de 48 ans, succomba 9 mois plus tard des suites d'une récidive sur le moignon opératoire et sur la muqueuse utérine, on constata que les foyers métastatiques consistaient en cancer alvéolaire, avec grosses cellules rondes. La tumeur principale paraissait vraisemblablement être partie des glandes de la trompe, peut-être comme stade ultérieur du développement d'un papillome inflammatoire. Doran signale la lenteur du développement de cette variété de carcinome secondaire, lequel est en tout cas beaucoup plus lent que celui du cancer primitif de l'ovaire.

---

(1) ORTHMANN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XV, 1, p. 212, 1888.

(2) EBERTH et KALTENBACH. Papillom d. Tuben. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* XVI, 2, p. 357, 1889.

(3) KALTENBACH. *Berl. klin. Wchschr.*, XXVI, 25, 1889.

(4) SCHEDE. *Deutsch. med. Wchschr.*, XVI, 23, 1890.

(5) DORAN. Primary cancer of the Fallopian tube. *Tran. of the pathol. Soc. of. Lond.*, XXXIX, p. 208 ; 1888, et, XL, p. 221 ; 1889.

III. — **Utérus**.

Les notions introduites, dans les dernières années, par Abel et Landau (1) sur la dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine dans les cas de carcinome de la portion vaginale suscitèrent un vif intérêt. Abel avait, dans 6 cas, trouvé la muqueuse utérine en voie de prolifération; on y voyait des cellules fusiformes, susceptibles de se transformer en cellules épithéliales volumineuses, ou des cellules rondes. Ces bourgeonnements, ainsi que leurs rapports avec les vaisseaux sanguins furent d'autant plus facilement considérés par Abel et Landau comme du sarcome, que Waldeyer, lui aussi, s'était dans un cas semblable rallié à la même interprétation.

L'opinion première que la dégénérescence sarcomateuse est la règle, se trouva dans la suite modifiée par les auteurs, et l'on admit qu'elle peut se produire dans certains cas, mais que dans les autres, il s'agit de processus purement inflammatoires. Anatomiquement, on n'est pas autorisé à exclure le diagnostic de sarcome dans ces cas qui se distinguent par la présence de cellules fusiformes en voie de transformation, de petites cellules rondes jusqu'aux volumineux éléments épithélioïdes, alors que Virchow lui-même a déjà décrit une infiltration sarcomateuse, diffuse de la muqueuse utérine. Peut-être s'agit-il dans ces cas d'un stade prémonitoire du cancer, hypothèse en harmonie avec l'origine connective de ce dernier. Quant aux cellules de l'endométrite fongueuse et aux cellules déciduales, la différence est nette : les cellules sarcomateuses sont ovoïdes, plus petites que les cellules déciduales, et se disposent en tractus épais caractéristiques.

Contre les idées émises par Abel et Landau s'élevèrent

(1) ABEL et LANDAU. Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uterus-korpers bei Carcinom der Portio. *Arch. f. Gynæk.*, XXXII, 2, 1888; Beitrag zur pathol. Anat. d. Endom. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 4, 1888; *Arch. f. Gyn.*, XXXV, 2, 1889.

de tous côtés des objections, qui visèrent l'interprétation adoptée par eux que ces bourgeonnements de la muqueuse utérine étaient du sarcome, mais non l'état anatomique qu'ils avaient décrit. Ainsi Eckard (1) considéra qu'il s'agissait de prolifération de bonne nature du tissu interglandulaire, et de même Fränkel (2) qui avait observé le même état anatomique. Thiem (3), Saurenhaus (4) qui se basèrent sur des séries importantes de recherches, faites dans 50 cas, et qui, s'ils trouvèrent toujours un développement, souvent très accusé, de cellules fusiformes dans le tissu interglandulaire, ne constatèrent jamais du sarcome vrai ; il s'agissait seulement de formes *différentes* d'endométrite de bonne nature. Elischer défendit la même manière de voir, et décrivit plus minutieusement les formes de cette endométrite dans 8 cas (dont deux, avec métastases carcinomateuses sur la muqueuse utérine, ainsi qu'Abel et Landau en avaient observé), et en facilita l'intelligence par un certain nombre de planches instructives. Pour cet auteur, le fait capital consiste dans une prolifération réelle, conséquence d'une irritation chronique de la muqueuse dont l'existence peut être démontrée par l'examen de fragments de muqueuse. Cette irritation chronique produit l'endométrite interstitielle atrophique, l'endométrite glandulaire, en outre les formes mixtes de ces deux variétés, et une atrophie réelle de la muqueuse ; cette endométrite est identique à celle, spéciale, dont parle Hofmeier (Schröder's Handbuck, 10 Aufl.). Elischer constata le même état anatomique qu'Abel, mais jugea l'interprétation erronée, et attribua l'erreur d'interprétation

(1) Eckardt. Verhandl. der 2 Versamml. der Gynäkologen. Halle, 1888, *Arch. f. Gyn.*, XXXII, 1888.

(2) Fraenkel. Ueber die Veranderungen der Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri. *Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1, 1888.

(3) Thiem. Naturforscherversammlung. Cöln, 1888, *Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1888.

(4) Saurenhaus. Ueber das Verhalten d. Endometrium bei Carcinom der Portio vaginalis. *Zeitsch f. Geburt. u. Gyn.*, XVIII, 1, p. 9, 1890.

à un défaut de technique dans le traitement des coupes.

De l'*adénome* de la muqueuse, Abel et Landau (1) ont dit qu'il n'est malin que lorsqu'il a envahi la musculeuse ou qu'il a donné lieu à des métastases ; sa structure anatomique ne permet pas de poser formellement le diagnostic du cancer, lorsqu'on dispose en particulier de fragments de tissu dans lesquels la musculeuse n'est pas intéressée.

Fürst (2) a, sur cette question, fourni un travail clinique intéressant : il a observé une femme atteinte d'un adénome du col, lequel ne donnait au début lieu qu'à des symptômes très légers alors que déjà le microscope décéla une prolifération glandulaire atypique avec stroma conjonctif jeune (Hubert). L'opération fut refusée ; mort 1 heure 1/2 après par cancer utérin. De ce fait Fürst conclut à la nécessité de l'extirpation totale dès les premières périodes, reconnaissables seulement avec le secours du microscope, de l'adénome cervical *suspect*.

Comme signes *macroscopiques* du cancer de la portion vaginale au début Stratz (3) donne : Partout, délimitation nette des points suspects par rapport aux tissus voisins ; 2) différence de niveau des tissus dégénérés et des tissus voisins ; 3) *coloration jaune, légère, régulière* du carcinome ; 4) la plupart du temps, on constate, sur quelques points au moins du carcinome, des inégalités jaune-blanchâtre, finement granuleuses.

Veit (4) a fait un travail dans lequel il dit que le *carcinome du corps* attaque surtout les nullipares, mais que cependant, on le rencontre aussi chez des femmes qui ont accouché ; en sorte qu'on ne saurait établir à ce point de vue un rap-

(1) ABEL et LANDAU. Beitr. zur Pathol.-Anat. d. Endometrium. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 4 ; 1888.

(2) FUERST. Ueber suspektes u. malignes Cervix-adenom. *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.*, XIV, 2, p. 352, 1888.

(3) STRATZ. Zur Diagnose der beginnenden Krebs an der Portio. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, XIII, 1, p. 89 ; 1886.

(4) VEIT. Zur Kenntniss d. Carcinoma corporis uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XII, 2, p. 455 ; 1886.

port étiologique certain. Chez les femmes, atteintes de cancer utérin, la ménopause se serait en général établie très tardivement, la plupart du temps vers 49 ans.

Krysinsky (1) signale l'augmentation de volume du corps de l'utérus du fait du cancer du corps de l'organe.

Dans un cas, il y avait cancer glandulaire chez une nullipare, dont l'utérus depuis 8 ans déjà était augmenté de volume. L'utérus, qui fut enlevé, était très volumineux, et l'hypertrophie résultait : 1) d'une endométrite chronique, et 2) de la néoplasie cancéreuse. Les organes voisins n'étaient pas atteints ; Krukenberg (2) à décrit 5 cas de cancer primitif du corps de l'utérus.

Ont publié encore des cas spéciaux : Flaischlen (3), un cas de carcinome avec coexistence de myômes, 2 cas de carcinome du col avec cancer du corps ; Hofmeier (4) un cas de cancer de la portion avec cancer glanduleux de la muqueuse du col ; Charrier (5) cancer glandulaire du corps avec cancer pavimenteux au début du col ; Ullmann (6), prolapsus total de l'utérus chez une femme âgée de 81 ans avec carcinome de l'orifice (très rare] ; Hofmeier (7), cancer de l'utérus avec myôme. De cette même association se sont également occupés Venn (8), et Wagner (9) lequel ne considère pas comme définitivement établie la relation étiologique entre le myôme et le carcinome. Le myôme, d'après son expérience, peut être complètement traversé par le carcinome ou non, même quand

(1) Krysinsky. Ein Fall von Schleimhautkrebs der Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XII, p. 1 ; 1886.

(2) Krukenberg. Falle von primärem. Uteruskörpercarcinom. *Niederrhein. Gesellsch. Bonn* 17 mai 1886, *et Berl. klin. Wchschr.* XXIV, 14, 1887.

(3) Flaischlen. Zur Radikaloperation des Carcinoma uteri. *Deutsch. med. Wochnsch.* XVI, 30, 1890.

(4) Hofmeier. *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.* XIII. 1886.

(5) Charrier Epithélioma du corps de l'utérus. *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1890.

(6) Ullmann. Carcinoma uteri prolapsi. *Wien. med. Press*, XXX, 50, 1889.

(7) Hofmeier. *Berl. klin. Wchschr.* XXIV, 35, 1887.

(8) Venn. Inaug. Dissert. Giessen. 1889.

(9) Wagner. *Deutsch. med. Wchschr.*, XIV, 29, n° 30, 1888.

la capsule elle-même est tout à fait affectée. Benckiser (1) décrit un cas dans lequel toute la muqueuse utérine, indépendamment d'un polype inséré sur le fond de l'organe, était superficiellement envahie par un carcinome, sans que le néoplasme affectât les couches profondes. Le travail de Berns (2) possède un intérêt surtout chirurgical. Mayer (3) trouva chez une femme qui fut emportée par des hémorrhagies qui persistèrent après extirpation d'une môle vésiculaire, des foyers de cellules épithéliales avec dégénérescence hyaline, dans les vaisseaux lymphatiques, dans la couche musculeuse, et au centre des cellules connectives; la muqueuse manquait. Mayer étiquette ce cas, *épithéliome papillaire.*

IV. — **Vagin et vulve.**

Au point de vue de l'étiologie du *cancer du vagin*, Mayer (4) relate un cas dans lequel un cancer se serait développé sur la paroi vaginale postérieure à la suite de l'usage du port prolongé d'un pessaire. Zigold (5) en observa un du volume d'une tête d'enfant, consécutif au frottement contre la cuisse dans un cas de prolapsus, et affectant la forme d'un cancroïde ulcéré, plat. Il attribue la rareté relative du cancer du vagin en comparaison de celui de l'utérus, à la rareté des glandes vaginales et à la faible irrigation artérielle de l'épithélium vaginal. Torggler (6) décrit 3 cas de cancer primitif du vagin, Fischer un. Mundé décrit 2 cas de cancer primitif de la vulve et du vagin.

---

(1) BENCKISER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, p. 336, 1891.

(2) BERNS. Ueber Exstirpation u. Amputationen wegen carcinoma Uteri. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir*,. XXVII, 1888.

(3) MAYER. Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare). *Arch. f. Gyn.*, XXXII, 1, 1888

(4) MAYER. Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, 1, p. 179, 1891.

(5) ZIGOLD. Primare Krebs der Vagina. *Münch. med. Wchschr.*, XXXVI, 6, 7; 1889.

(6) TORGGLER. 3 Falle von primaren Scheiden-carcinom. *Bericht d. geburtsh. gynäk. Klinik in Innsbruck.* Prag., 1888.

Bex (1), Dauriac (2) et Maurel (3) ont publié des travaux consciencieux sur le carcinome de la vulve. Bex a déclaré qu'au niveau du vestibule, du clitoris, des grandes et petites lèvres surviennent des processus, semblables à la leucoplasie buccale, qui peuvent se transformer en cancer. Maurel admet cette origine. En d'autres cas, le cancer serait causé par des traumatismes, des ulcères syphilitiques, etc. Le carcinome peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule et sa surface s'étaler en chou-fleur ; il est pédiculé ou s'insère largement. La plupart du temps, le cancer du clitoris s'accompagne d'infiltration des lèvres ; plus tard, surviennent des ulcérations irrégulières qui saignent facilement. L'évolution est très lente ; la guérison même doit être possible. Dauriac a également confirmé cette lenteur de l'évolution. Enfin, le cancer en chou-fleur du clitoris peut souvent se propager aux tissus voisins et dans un large rayon.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de juillet 1892.

Présentations : Budin, au nom de Reverdin (de Genève) : a) **dilatateur irrigateur**, b) **trocart irrigateur**.

Loviot 1) fait de **grossesse prolongée**, observée chez une primipare, âgée de 21 ans qui, toujours, avait été très régulièrement menstruée. Accouchement 307 jours après le dernier jour des règles ; donc, *durée minima* de la grossesse : 284 jours. Constatation d'un demi effacement du col utérin 1 mois avant le début du travail proprement dit, d'un effacement complet 11 jours avant ce début. O. I. D. P. non réduite spontanément. Réduction manuelle par le

(1) Bex. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale, 1887. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888.

(2) Dauriac. Du cancer primitif de la région clitoridienne. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1888.

(3) Maurel. De l'épithéliome vulvaire primaire. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1888.

procédé de l'auteur. Glissement des cuillers pendant le décroisement des branches (la branche droite ayant été introduite la première après la transformation de l'O. I. D. P. en O. I. D. A.), d'où retour de l'occiput en arrière et reproduction de la variété postérieure. Dégagement en O. sacrée. Enfant vivant, pesant 3,300 gr., organes maternels intacts.

2) L'échec éprouvé dans le cas précédent du fait du glissement des cuillers pendant le décroisement des branches, a conduit l'auteur à imaginer une **nouvelle articulation pouvant convenir à tous les forceps à branches croisées, pour permettre à la branche femelle placée en dessous de s'articuler avec la branche mâle sans décroisement préalable et ne nécessitant pas une brisure de l'une des branches, et au niveau de cette brisure une charnière comme dans le forceps de Tarsitaux**. M. Loviot présente un forceps dans lequel la modification dont il s'agit a été réalisée.

Budin présente une pièce pathologique qui a été expulsée par une primipare. La femme dont il s'agit avait eu ses dernières règles 11 mois auparavant, et, en raison des phénomènes observés, on pensa à l'existence d'une grossesse. Elle présenta ensuite des accidents, dont des hémorrhagies répétées et persistantes. Examinée dans les derniers temps par M. Budin, il pensa, de par l'analyse des symptômes et des signes fournis par l'examen obstétrical, qu'il s'agissait bien d'une **grossesse, mais avec mort du fœtus et rétention de l'œuf.** On fit l'accouchement provoqué qui se termina par l'expulsion de la pièce pathologique en question. Au résumé, il s'agissait bien d'un œuf, mais qui avait subi des altérations considérables; il avait une apparence charnue et pesait 300 gr. Il présentait deux parties distinctes, a) l'une extérieure, b) l'autre intérieure. L'intérieure, représentant les parois d'une cavité, était constituée par l'amnios, qui, par places, était refoulé vers l'intérieur, de façon à former 13 tumeurs, pyriformes, du volume d'une grosse noix et dont la masse centrale était du sang coagulé. L'extérieure, qui enveloppait de toutes parts la précédente, était formée par des caillots fibrineux anciens. Dans l'œuf, il n'y avait plus traces ni de fœtus ni de cordon, ni de liquide amniotique; ces parties s'étaient résorbées.

Bernhein lit un mémoire sur une **observation de fœtus mort et momifié. Séjour du produit de conception pendant onze mois dans l'utérus normal. Accouchement provoqué. Guérison.**

RL..

REVUE ANALYTIQUE

CANCER UTÉRIN

Sur une forme rare de carcinome secondaire de l'utérus (Ueber eine seltene Art von secundäreus carcinom des Uteruskörpers), A. Benckiser. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXII, Hft 2, p. 337.

Dans ce cas le néoplasme s'est exclusivement localisé sur l'épithélium superficiel, ce qui est une variété extrêmement rare. Ruge a bien signalé cette invasion secondaire de la muqueuse du corps de l'utérus, mais en la signalant comme tout à fait exceptionnelle.

Obs. — Femme de 59 ans, mère de 4 enfants, le dernier âgé de 20 ans. Depuis 3 mois environ, elle avait un écoulement d'abord aqueux, puis sanguinolent et fétide. Survinrent des hémorrhagies irrégulières et de l'amaigrissement. *Examen* : carcinome étendu du col, en voie de nécrose, ayant transformé la plus grande portion du col en une cavité pleine de masses ichoreuses et en décomposition. Bord de l'orifice externe indemne. Après curettage des tissus dégénérés, extirpation totale de l'utérus par le vagin. Or, *depuis environ 2 ans que l'opération a été faite, la femme est bien portante et l'on ne découvre pas la moindre trace de récidive.*

Examen macroscopique. — Utérus de dimensions moyennes ; de l'orifice externe au fond de l'organe 10 cent. épaisseur moyenne des parois 1 1/2 cent. Sur tous les points de l'orifice externe, épithélium normal. Immédiatement au-dessus de l'orifice externe, commence le processus de destruction profonde,qui s'étend à 5 cent. en hauteur. La paroi est, du fait du curettage, réduite à 5 millim. d'épaisseur, elle est rugueuse et irrégulièrement recouverte de caillots sanguins. Cet amincissement de la paroi du col sépare l'orifice externe, par une ligne dentelée, de la portion conservée de la muqueuse de la cavité du corps. Uue portion du corps utérin est donc prise par le processus de destruction.

Dans la cavité du corps, pas de caillots sanguins. La continuité de la muqueuse paraît partout conservée. Cependant, sa surface est irrégulière. Sur toute son étendue existent des saillies entourées et traversées par de petites dépressions. Ces saillies proéminent peu et ont un aspect finement granuleux. Sur les préparations,

saillies et dépressions présentent des différences accusées de coloration : les dépressions s'accusent sous forme d'un réseau à lignes très rouges ; les saillies sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, trouble, moins transparent.

Plus haut, au niveau du fond de l'utérus, s'insère un polype long de 1 1/2 cent., large de 1 cent. aplati d'avant en arrière, et dont la surface est exactement semblable à celle de l'endométrium. La muqueuse du corps présente partout une épaisseur moyenne de 3 millim. et se sépare nettement de la musculeuse. Pas d'altérations de la musculeuse ou du revêtement péritonéal.

Examen microscopique. — Ce qui reste de la paroi ulcérée du col, présente une pénétration de cette paroi par des traînées de cellules épithéliales. Ces traînées sont sur certains points constituées par quelques cellules, sur d'autres, par des éléments épithéliaux agglomérés en masses affectant un aspect fungiforme et reliées les unes aux autres de façon à figurer un réseau. Dans les mailles de ce réseau, apparaissent les éléments persistants du col. Cette disposition anatomique se poursuit jusqu'à l'orifice externe mais sans se continuer avec l'épithélium normal de la portion.

Dans la portion conservée de la cavité du corps de l'utérus, la muqueuse présente partout l'aspect suivant : sur les saillies déjà décrites, l'épithélium superficiel s'est transformé en une couche plus ou moins épaisse de cellules épithéliales d'inégal volume ; à noyaux clairs, de dimensions variables, qui permettent de constater : d'une part la disposition manifestement réticulée de la substance chromophile et d'autre part les différentes phases du processus progressif et régressif. La forme des cellules varie, tantôt elles sont en ovales, allongées, tantôt polygonales par compression réciproque. Sur certains points, on voit cette couche partir des éléments épithéliaux cubiques et normalement disposés de la muqueuse saine, et sur d'autres, on voit entre lee cellules de la couche néoplasique des noyaux de cellules migratrices en voie de segmentation. En beaucoup de points, au niveau des dépressions, se voit un épithélium cubique, normal, bien commencé, qui se continue brusquement avec les éléments épithéliaux de la couche anormale. Tout le reste de la muqueuse est, jusqu'à la musculeuse, le siège d'une infiltration de petites cellules. Dans l'ensemble, on constate une diminution considérable des glandes. Il n'existe qu'un petit nombre de glandes en tubes, ramifiées en parties, et pourvues d'un épithélium cylindrique bien conservé. Quelques

glandes sont dilatées. Le carcinome n'a pas pénétré dans les glandes.

Au niveau du point de passage de la cavité par processus ulcératif à la muqueuse du corps de l'utérus, et seulement à ce niveau, on aperçoit des racines qui, émanant de la couche épithéliale, poussent jusque dans la musculeuse; elles sont formées des mêmes éléments épithéliaux que cette couche.

Le *polype* inséré sur le fond de l'organe est beaucoup plus pris par la néoplasie épithéliale que le reste du corps de l'utérus. Il est littéralement traversé par les éléments néoformés ; ces éléments ont réduit à de petits espaces les glandes nombreuses situées à la base et au sommet du polype. Ici aussi, les éléments glandulaires sont entourés par des zones plus ou moins étendues d'infiltrats de petites cellules, qui, à plusieurs reprises, enserrent les glandes. Il en résulte, indépendamment des glandes ramifiées pourvues d'épithélium cubique ou cylindrique, des espaces qui tantôt révèlent leur origine glandulaire parce qu'ils possèdent encore un peu de leur épithélium normal et tantôt ont expulsé cet épithélium au niveau de leur orifice excréteur. On aperçoit d'autres espaces, qui paraissent provenir de vaisseaux dilatés, parce qu'on voit dans leur intérieur des globules rouges. Les glandes en communication avec la surface sont en partie envahies déjà par le néoplasme : des préparations permettent de constater nettement que l'épithélium glandulaire est en voie de prolifération et que ce processus va de l'orifice des glandes vers leur profondeur.

Remarques. — Il s'est agi, dans le cas actuel, d'un carcinome du col, qui a détruit la plus grande partie de la substance de cet organe. De l'examen de la pièce, il n'est pas permis de dire, d'une façon formelle, si le néoplasme a débuté sous forme de noyau cancéreux du col ou de cancer de la muqueuse. La dernière hypothèse, en raison du mode de propagation par en haut, est la plus vraisemblable.

Le trait essentiel dans la marche du néoplasme, c'est que, de toute la muqueuse du corps de l'utérus, seul l'épithélium superficiel a été d'abord affecté : glandes et tissu connectif sont restés indemnes. Les choses se comportent-elles de la même façon dans le carcinome primitif du col, il est impossible de l'affirmer d'après cette pièce pathologique. Mais, il est permis de considérer l'éventualité comme possible. La disposition anatomique constatée au niveau du passage de la cavité par processus destructif à la muqueuse du corps milite dans ce sens. A ce niveau, en effet, exis-

taient des prolongements épithéliaux en masse émanant directement de la couche épithéliale néoplasique et poussant jusque dans la musculeuse, tandis que de rares glandes situées dans le voisinage étaient indemnes. Cette origine exclusive du cancer primitif dans l'épithélium superficiel n'a pas été signalée; et la question ne peut être encore définitivement résolue. R. L.

Épithélioma du col utérin. (Hystérectomie vaginale), par M. ROBIN-MASSÉ. *Jour. des sciences méd. de Lille*, 16 octobre 1891, p. 372.

Femme de 41 ans, M. Duret fit, le 6 mai, à cause d'un épithélima du col, une extirpation de l'utérus par la voie vaginale. Après les précautions antiseptiques, l'utérus abaissé fut libéré de ses attaches vaginales par l'incision des culs-de-sac antérieur et postérieur, Le ligament large gauche, puis le droit, furent saisis dans deux ligatures au fil de soie; la cavité laissée par l'ablation de l'utérus fut drainée avec la gaze iodoformée.

Le 8 mai. 1er pansement : Pendant une injection de sublimé à 1/2000, la malade est prise d'état syncopal avec sueurs abondantes. Aussitôt, on fait sortir le liquide au moyen du spéculum et en inclinant le bassin de la femme, néanmoins, il y eut le lendemain de la stomatite mercurielle; haleine fétide, goût métallique, liséré gingival, légères ulcérations des lèvres ; la température tombée à 36°,2 remonta le lendemain à 37°.

La malade sortit en bon état en juin, après avoir présenté une fistule vésico-vaginale qui guérit par l'application d'une sonde à demeure pendant 10 jours.

L'examen histologique montra que tout le tissu utérin était envahi par l'épithélioma. R. S.

Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par WINTER. *Centrbl. f. Gyn.,* 1891, n° 32, p. 664.

Les méthodes suivies, actuellement, pour le traitement radical du cancer de l'utérus, sont :

1° L'amputation supra-vaginale pour le carcinome de la portion tout à fait au début ;

2° L'extirpation totale pour toutes les variétés de cancer de l'utérus ;

3° L'opération de Freund dans les cas d'utérus trop volumineux pour permettre leur extirpation par le vagin.

Les résultats immédiats de l'extirpation totale sont, aujourd'hui,

à peu près 8-10 0/0 comme chiffre de mortalité ; mais ils peuvent encore s'améliorer et, sous peu, arriver à 5 0/0; on aura toujours à enregistrer quelques cas de morts par péritonite septique. L'amputation supra-vaginale donne encore de meilleurs résultats, environ 6,5 0/0. Les résultats définitifs sont aujourd'hui satisfaisants, mais ils sont en réalité trop optimistes. Cela tient à ce que la période d'observation de 2 ans, sur laquelle sont basées la plupart des statistiques, est trop courte. A mesure que cette période d'observation se prolonge, les résultats définitifs deviennent plus mauvais ; moyenne des guérisons définitives 25 0/0.

Mais ce résultat perd de sa valeur, si l'on réfléchit qu'à l'heure actuelle, 1/4 seulement de toutes les femmes atteintes de cancer sont encore opérables quand elles se décident à consulter le médecin; or, si de ce quart, 1/4 seulement sont définitivement guéries, il en résulte qu'en réalité on réussit à guérir définitivement 7 0/0 malades ; ce qui revient à dire que le cancer de l'utérus tue encore dans la proportion de 93 0/0.

On ne peut espérer améliorer ces résultats, qu'en s'efforçant d'établir un diagnostic précoce. Thorns a utilisé 62 cas, pour tâcher de déterminer qui a été conduit à faire, le premier, le diagnostic de cancer, et aussi quel intervalle s'est écoulé entre le moment où le diagnostic fut fait et l'apparition des premiers symptômes.

Six femmes vinrent d'abord à la *Konig. Universitatsfrauen-Klinik*, 4 d'entre elles étaient opérables, soit 66 0/0; 47 femmes s'adressèrent à leur médecin ordinaire, et subirent, sous sa direction, des traitements fort divers, parfois même très peu judicieux.

Dans 25 cas, l'examen fut pratiqué immédiatement, et les malades furent envoyées à la clinique ; 38 0/0 opérables.

Dans 6 cas, l'examen fut fait tout de suite, et vraisemblablement, le diagnostic fut rigoureusement établi ; mais la plupart du temps, les malades se dérobèrent au traitement; 1 opérable.

Dans 15 cas, il ne fut pas fait d'examen; on se contenta d'instituer un traitement symptomatique, jusqu'au moment où les malades entrèrent à la clinique; 20 0/0 opérables.

En beaucoup de cas, on doit attribuer le diagnostic tardif du cancer à une certaine négligence de la part du médecin ; beaucoup, malheureusement, n'apprécient pas, comme il conviendrait, les symptômes caractéristiques de l'affection; alors qu'au contraire ces symptômes devraient les mettre en éveil sur la gravité de la maladie et les conduire à procéder à un examen immédiat.

Neuf malades s'adressèrent d'abord à des sages-femmes; 2 seulement de ces dernières adressèrent leurs clientes à des médecins, les 7 autres les traitèrent longtemps elles-mêmes: résultat : de toutes ces malades, une seule opérable (le traitement des affections abdominales devrait être absolument interdit aux sages-femmes, pour cause d'incompétence).

L'obstacle le plus sérieux au diagnostic précoce du cancer de l'utérus, c'est l'insouciance des sujets vis-à-vis des douleurs qu'il cause. Il serait extrêmement important que le médecin surveillât très soigneusement ses malades, et qu'il fut bien instruit de certains symptômes de l'affection cancéreuse.

Mais toute une série de cancers — en particulier, le cancer du col — se développent pour ainsi dire silencieusement, sans symptômes révélateurs; quand ceux-ci se montrent, le cas est déjà inopérable.

De toute manière, un grand pas serait fait, si les femmes consultaient à temps leur médecin, et si celui-ci procédait à un examen immédiat. Le diagnostic du cancer — par exemple, de celui de la portion vaginale — est en général facile, et, à condition d'une certaine expérience, peut être porté avec certitude (*Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 32, p. 664). R. L.

Hystérectomie pour cancer 3 **et prolapsus utérin** 5, par Gouilloud. In *Lyon med.*, 7 juin 1891, p. 192.

Dans son procédé d'hémostase Gouilloud fait quatre pédicules correspondant aux deux artères utérines et aux deux artères utéro-ovariennes. A l'aide du doigt replié en crochet on détermine facilement le pédicule des artères utérines; puis l'utérus est abaissé fortement de manière à pouvoir contourner l'origine des trompes c'est-à-dire le bord supérieur des ligaments larges et il est alors facile de faire le pédicule des artères utéro-ovariennes.

A propos de cette communication Ollier fait remarquer que les opérations anciennes d'hystérectomies partielles ne donnaient que des succès assez rares. Peut-être obtiendra-t-on davantage par l'ablation totale et précoce. Il faut cependant se rappeler que l'évolution particulière de chaque tumeur domine le pronostic; certaines ont une marche naturellement rapide, d'autres lente. Il faut tenir compte de ce fait dans les résultats des hystérectomies. Quant à l'ablation du pédicule par la voie vagiuale dans l'hystérectomie abdominale c'est augmenter inutilement la gravité de l'opération P. Mauclaire.

Traitement du cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement. V. V. SOUTOUGUINE. *Vratch*, nos 10-11, 1890.

Dans le cours de la grossesse le cancer est une complication rare mais fort grave malgré le peu d'étendue des lésions. On n'observe en général que le cancer du col utérin avec ou sans envahissement du vagin. Les femmes succombent dans plus de la moitié des cas en avortant (hémorrhagie, infection) ou en accouchant à terme (rupture de l'utérus). De plus, l'accouchement a sur la marche du cancer une influence désastreuse. Quant aux enfants ils sont mort-nés, macérés, putréfiés ou sacrifiés au moment de l'accouchement dans l'intérêt de la mère. Des nombreux travaux compulsés et cités par lui l'auteur tire les conclusions suivantes :

1. Utérus gravide de moins de 4 mois 1/2, seul atteint : hystérectomie. 2. Après 4 mois 1/2 l'hystérectomie vaginale ne peut plus être faite qu'après l'avortement provoqué. Pour peu que le néoplasme soit en voie de désintégration c'est l'opération de Freund qu'il faudra exécuter. Ablation du corps de l'utérus par voie abdominale et amputation consécutive du col 3. A la fin de la grossesse, que l'enfant soit mort ou vivant. Opération de Porro. 4. Pendant le travail, si le col est dilatable, on peut se borner à enlever toutes les parties malades, à désinfecter rigoureusement et à terminer rapidement l'accouchement. Si le col n'est pas dilatable facilement : opération de Porro.

OBS. 1. — Femme de 32 ans, 9e grossesse à terme, en O.I.G.P. Cancer du col avec infiltration cancéreuse des culs-de-sac postérieur et latéraux ; écoulement sanieux et fétide. L'opération de Porro a été exécutée de 10 février 1889 : incision de 5 cent. sur la ligne médiane, l'utérus est attiré au dehors, recouvert de compresses chaudes et la partie supérieure de la plaie suturée. Une ligature élastique est appliquée sur le segment inférieur de l'utérus et serrée au moment de l'incision de la paroi antérieure. L'enfant retiré légèrement asphyxié est aussitôt ranimé ; l'utérus avec ses annexes est enlevé et le moignon fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Premier pansement le 10e jour, la plaie est réunie par première intention, le lien élastique tombe le 28e jour. Mais dès le 2e jour, on voit se développer une cystite et la malade meurt le 42e jour avec les symptômes d'une pneumonie. L'autopsie révèle une cystite pseudomembraneuse, une pleurésie purulente droite en rapport avec un foyer de nécrose pulmonaire. Le cancer n'a pas dépassé le tissu cellulaire périutérin.

Obs. 2. — Femme de 30 ans, 6e grossesse à terme probablement, en OIGP. Cancer étendu du col et du vagin. La malade se présente en travail et l'opération de Porro est faite le 2 mars 1889, comme dans le premier cas. On constate que les membranes et les eaux sont sales, verdâtres, aussi la cavité péritonéale est elle désinfectée ; cependant la température s'élève dès le 2e jour et la malade succombe le 8e jour.

Autopsie : Péritonite purulente ayant pour point de départ une ulcération cancéreuse de la portion sus-vaginale du col. La plaie opératoire est réunie par première intention.

L'enfant ne vécut que deux mois et demi.

M. Wilbouschevitch.

Sur un signe précoce du cancer de l'utérus. Ch. Audry. *Lyon méd.*, 22 nov. 1890, p. 406.

Toutes les fois que dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

Ce signe sert à différencier le col cancéreux au début des différents cols de la métrite chronique. P. M.

Du traitement consécutif de l'extirpation vaginale. (Zur Nachbehandlung der vaginalen uterus extirpation) S. Gottschalk. *Cent. f. Gyn.*, 1890, no 25, p. 443.

D'une façon générale, quand l'opération a été régulière. les opérées présentent, dans les jours qui suivent l'opération un état presque aussi satisfaisant que celui des nouvelles accouchées. Aussi leur permet-on de se lever après une période de temps relativement fort courte, du 10e au 14e jour (Fritsch), après le 10e (Martin). Pourtant, il y aurait quelque danger à adopter, d'une façon systématique, un délai de repos aussi court. Ainsi, Gottschalk a vu une double synovite séreuse, de l'articulation du genou, survenir chez une femme, à laquelle il avait pratiqué heureusement l'hystérectomie pour un cancer du col et chez laquelle les suites opératoires avaient été parfaites, quelques heures après qu'il l'avait autorisée à se lever (14e jour après l'intervention). 1/2 heure après avoir quitté le lit, elle fut prise de violentes douleurs dans les genoux, et dès le lendemain elle présentait un épanchement bilatéral considérable dont la nature purement séreuse, était démontrée par l'absence d'hyperthermie. Il est vrai que cette femme était, au moment de l'opération, dans un état de faiblesse et

d'amaigrissement extrêmes. En conséquence, l'auteur est d'avis qu'il serait prudent de maintenir au lit de tels sujets au moins 20 jours.
R. L.

Limites de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer utérin. (Limits of vaginal hysterectomy for cancer of the uterus), par COE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, juin 1890, p. 587.

L'auteur fait remarquer que cette opération ne prolonge guère la vie de la malade (un an seulement environ), d'après Martin, sur 214 femmes opérées, 5 seulement étaient vivantes, au bout de 4 ans. La récidive est rapide, et laisse l'opérateur désarmé, à cause de l'extension du mal. Coe adopte l'opinion de R. Jackson : « 100 femmes affectées de cancer donneront un total d'années de vie « plus grand, sans opération (*left alone*) que si on les soumet à « l'hystérectomie ».

Verneuil; dans une lettre à l'auteur, dit que : « la survie après « l'hystérectomie vaginale, qui n'est pas toujours innocente, n'est « pas plus longue qu'après l'ablation du col seul ». Pawlick, de Prague, n'en est guère partisan; de même Hofmeler, de Würs, Conig et H. T. Byford, de Chicago ; Lane, de San-Francisco, sur 12 cas, n'a pas eu de récidive, en 7 ans.

Dudley dit qu'il n'est pas encore temps de se prononcer.

A. CORDES.

Un cas d'hystérectomie laparo-vaginale. (Laparo vaginal hysterectomy, with the report of a case), par C. CLEVELAND, à New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 502.

La malade avait un cancer. L'utérus étant trop gros pour pouvoir être enlevé par la voie vaginale, l'auteur renonça, après essai, à le faire par cette voie, et procéda aussitôt à la laparotomie.

L'opérée se remit sans avoir eu plus de 38°,33 de température.

A. CORDES.

Cancer de l'utérus (Zur Radical. operation des carcinoma uteri), par R. FLAISCHLEN. *Deutsche med Woch.*, 24 juillet 1890, n° 30, p. 652.

Flaischlen publie sa statistique et celle de P. Ruge. Elle contient 20 hystérectomies totales et 2 amputations sus-vaginales du col.

Les 20 hystérectomies ont donné 3 morts par accidents septiques (dont deux au début de l'exercice des auteurs), 7 morts par récidive dans le courant de l'année et 10 cas sans récidive au bout de 5 ans et 3 mois, 3 ans et 9 mois ; 3 ans et 2 mois; 3 ans et 1 mois; 2 ans

et 9 mois ; 1 an et 11 mois ; 1 an et 2 mois ; 1 an ; 10 mois ; 4 mois. Dans ces cas, deux fois il a été trouvé dans le corps des noyaux indépendants de ceux du col. Les deux amputations du col ont fourni 1 survie (4 ans et 4 mois) et 1 mort de récidive après 2 ans 1/2 de bonne santé. Néanmoins les autres prennent parti pour l'hystérectomie totale ; mais on ne doit l'entreprendre que si les ligaments larges ne sont nullement envahis. A. B.

L'extirpation du tissu cellulaire périutérin dans les cancers du col de la matrice, par CHARLES PAWLIK. *Internationale Klinische Rundschau*, 1889, nos 26, 27 et 29, et *Arch. de tocol.* Paris, mai 1890, p. 257.

Frappé de ce fait qu'après l'ablation du col utérin, la récidive a lieu dans le tissu cellulaire voisin et non dans le moignon, Pawlik conclut que, dans le plus grand nombre des cancers cervicaux, l'ablation totale de la matrice n'est pas nécessaire et qu'il faut surtout extirper le paramétrium. Le danger est la lésion des ure tères, grâce à l'introduction de cathéters dans leur intérieur, on peut les reconnaître et extirper le tissu cellulaire malade.

Suivent 4 opérations d'hystérectomie totale avec ablation du paramétrium. Résultat : 1 malade perdue de vue, 1 récidive après 16 mois, 1 revue guérie encore après 8 mois, 1 sans récidive après 1 an ; cette dernière a une fistule urétéro-vaginale (l'uretère n'avait pas été cathétérisé au moment de l'opération). Aucun des 4 utérus extirpés ne contenait de noyau cancéreux dans le corps; aussi l'extirpation totale dans les cancers cervicaux lui semble-t-elle inutile. H. H.

Hystérectomie laparo-vaginale (Laparo-vaginal hysterectomy, with the report of a case), par CLÉMENT CLEVELAND. *Amer J. of Obstetr.*, N.-Y., mai 1890, p. 502.

Dans le cas où le vagin est petit et où l'utérus est difficile à abaisser, Cleveland pense qu'il est bon de commencer par faire une petite incision abdominale sur la partie inférieure de la ligne blanche et d'ouvrir une boutonnière au péritoine. On maintient momentanément fermée cette ouverture à l'aide d'un clamp et l'on couvre d'une compresse antiseptique. Puis on procède à l'hystérectomie vaginale ; quand arrive le moment d'appliquer les pinces longues sur les ligaments larges, on guide leur extrémité à l'aide de l'index gauche introduit dans la plaie abdominale ; l'hystérectomie est terminée comme à l'ordinaire et la plaie abdominale fer-

mée après un lavage abdomino-vaginal. Si l'utérus semblait trop gros pour sortir par le vagin, on agrandirait l'incision abdominale et on l'extrairait par cette incision. Une observation de cancer utérin opéré par cette méthode et guéri. H. H.

Traitement du cancer de l'utérus. (Treatment of uterine cancer), par TH. MORE MADDEN. In *the Prov. med. Journ. Leicester*, 1889, p. 585.

L'auteur, qui parle presque incidemment de l'électrolyse et du curettage de l'utérus fait surtout un parallèle entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie partielle, sous-vaginale ou supra-vaginale. Il apporte une statistique de 22 cas d'opérations partielles pratiquées dans les dix dernières années. Sur ces 22 cas il y a eu huit récidives dont quatre dans la première année, deux au bout de deux ans et deux au bout de deux ans 1/2. Les quatorze autres opérées sont encore en bonne santé.

L'auteur ne cache pas ses préférences pour l'hystérectomie partielle, l'hystérectomie totale vaginale ou abdominale, beaucoup plus grave comme opération, donnant autant de récidives. Il faut la réserver à certains cas particuliers, et ne la pratiquer que lorsqu'on ne peut faire autre chose.

Si on veut avoir par une opération quelconque un succès durable, il faut opérer tout à fait au début du mal, lorsqu'il commence à peine et qu'on ne constate guère qu'une induration de l'orifice cervical avec fissures sur son pourtour, ou bien, si la maladie commence par les glandes ; de petits nodules sous-muqueux ou saillants sur la surface d'une ulcération.

C'est alors, après s'être aidé au besoin du microscope, qu'il faut intervenir. S'il s'agit d'un cancer, il faut agir, et agir sans retard, car on a alors quelques chances de l'enlever complètement. Mais dans ce cas l'hystérectomie partielle suffit. En effet, le mal s'étendant plus rapidement encore aux culs-de-sac vaginaux et aux ganglions qu'au corps de l'utérus, s'il est trop tard pour faire l'ablation partielle parce que le mal remonte trop haut, il est également trop tard pour entreprendre l'ablation totale parce qu'il s'étend trop au large. Mieux vaut donc, en thèse générale, tenter l'hystérectomie partielle, aussi efficace et bien moins dangereuse.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'AGRANDISSEMENT MOMENTANÉ DU BASSIN OBLIQUE OVALAIRE PAR ISCHIO-PUBIOTOMIE

AVEC CONSIDÉRATIONS SUR LA PUISSANCE NOCIVE DU FORCEPS, ETC.

Par **L.-H. Farabeuf.**

Il y a un an à quelques jours près, un dimanche, Varnier vint me dire : « Nous avons à Paris Spinelli élève de Morisani de Naples ; ils font là-bas la *symphyséotomie* depuis plusieurs années avec succès ; il presse votre ami Pinard d'entreprendre cette opération..... ; je viens chercher des objections ou des encouragements anatomiques ».

Les objections affluèrent tout de suite, inspirées par le préjugé. La symphyséotomie, une opération réprouvée !

Les compétents qui la repoussaient avec tant de dédain et d'obstination, devaient savoir à quoi s'en tenir. Morisani avait parlé au Congrès de Londres, en 1881, en pleine période antiseptique ; de même ces Annales, après lui et d'après lui.

Charpentier qui, dans la première édition de son traité, 1883, s'était montré parfaitement renseigné et néanmoins défavorable, n'avait pas, malgré les statistiques italiennes, changé d'opinion dans sa récente édition, 1890.

Et pourtant, avec l'asepsie, l'opération m'apparaissait un jeu pour l'opérateur et pour l'opérée. Mais dans mon ignorance, je doutais que les symphyses sacro-iliaques pussent

permettre un écartement suffisant; je n'avais jamais songé à étudier le bassin à ce point de vue. J'aurais levé mes doutes anatomiques à la minute, si j'avais su que j'avais sous la main, dans le vieux et remarquable dictionnaire en 60 vol., un article excellent de Murat, écrit dans le temps même où tout le monde connaissait bien cette question, en 1821.

Mais je ne savais rien de ce qui avait été écrit de sérieux sur ce sujet. Par conséquent, en présence des affirmations de Spinelli, il n'y avait qu'une « conduite à tenir », comme disent les accoucheurs : aller voir.

Dix minutes après, nous étions dans mon laboratoire : j'y constatais que l'opération, sûrement facile, serait inoffensive et *efficace;* et tout de suite nous disions avec bonheur que notre ami Pinard devait être et allait être, qu'il fallait qu'il fût le restaurateur de la symphyséotomie en France.

Aussi la question fut-elle rapidement mise à l'étude. Nous pûmes faire quelques expériences et exercices opératoires, surtout des mensurations, des tracés et des calculs d'après des bassins rétrécis de grandeur variée. Tout ce qu'avaient dit les partisans de l'opération, au commencement du siècle, était vrai. Et nous, nous avions l'antisepsie! Pour moi, ce fut de l'enthousiasme et ma naturelle impatience maugréa bientôt après l'occasion qui tardait à se présenter.

Il ne suffisait pas, en effet, que M. Pinard préparé, comme c'était son devoir, eut fait sa leçon publique du 7 décembre 1891 (1), ni qu'il y eut proclamé devant un grand nombre d'élèves et d'accoucheurs, que c'était chose mûrie, pesée, délibérée, qu'il fallait reprendre la symphyséotomie, qu'il y était fermement résolu et qu'il attendait, armé et plein de confiance. Je désirais des opérations : les premières eurent lieu les 4 et 25 février 1892. — D'autres suivirent

(1) Cette leçon, annoncée ici le 15 janvier à propos de la publication de Spinelli, fut publiée dans le numéro du 15 février 1892, le jour même où M. Charpentier recevait la flamme de la bouche de Morisani (V. Sulla Sinfisiotomia, Conferenza del professor Ottavio Morisani, *Riforma medica*, n° 60, mars 1892. Questa conferenza fu tenuta nel di 15 febbraio con lo intervento del chiaro ostetrico francese, dott. Charpentier.)

aujourd'hui treize, par Pinard et ses élèves) qui n'ont donné que des succès pour les mères. Trois enfants ont péri, l'un malade et prématuré, immédiatement jugé inviable, un autre tiré par les pieds avec la rapidité indispensable, est mort de la résistance d'un bassin incomplètement libéré et le dernier d'une application irrégulière du forceps.

Certes, la cause était plaidée, entendue, gagnée, lorsque le 15 mars la tribune académique retentit pour la première fois. Dans une communication *sine materia*, M. Charpentier, nouveau Saint Paul, croyant sans doute que tout était à faire, se montra enthousiaste de ce qu'il avait vu à Naples d'où il arrivait. On sent qu'il avait été peu et mal informé par ses amis de ce que disait et faisait M. Pinard. Cependant celui-ci opérait et enseignait publiquement depuis 3 mois; sa brochure avait paru le 15 février; et par un hasard intelligent et malin, cette relation de ses premiers succès venait d'être déposée sur le bureau de l'Académie au début même de la séance. De tels dépôts se font sans bruit, tandis que l'écho des communications orales des membres de l'Académie est répercuté par toute la presse. Beaucoup de personnes ont donc pu ignorer pendant quelques semaines, que Pinard le premier en France, avait repris l'étude, la pratique et la description de la symphyséotomie; et tout à l'heure, au Congrès de Bruxelles, quelques-uns qui ne pouvaient l'ignorer, l'avaient déjà oublié.

A présent, tout le monde s'y est mis ; je m'amuse de ces records pour arracher un championnat solidement maintenu. Dans le désir d'innover, il en est, sous d'autres rapports très distingués, qui étalent naïvement des notions bien imparfaites sur les moyens d'union des os du bassin, sur ce qui a été fait ou tenté il y a longtemps déjà et, ce qui est plus grave pour des accoucheurs, sur la dangereuse puissance du forceps employé comme appareil de force.

La question si bien étudiée par nos grands-pères, la symphyséotomie, maintenant que la voilà restituée, est-elle pour le moment tout à fait épuisée ?

Je ne le crois plus. Il y a 60 ans, le bassin oblique ovalaire n'était guère connu que de Nægelé. Les pubiotomistes du commencement du siècle ne pouvaient songer à triompher par leur méthode de cette variété de rétrécissement.

Je parle du bassin oblique ovalaire rétréci d'un côté seulement, asymétrique, avec insuffisance de développement d'une aile sacrée, *ankylose sacro-iliaque unilatérale* précoce, symphyse pubienne déjetée au delà de la ligne médiane dans le côté resté large... Que vient-il faire ici ?

Vous allez voir, puisque justement j'apporte quelques mensurations et calculs concernant cette difformité et de nature à suggérer aux accoucheurs le meilleur mode de section pelvienne pour extraire de tels bassins un fœtus à terme, de volume normal et vivant.

Rappelons-le d'abord : la symphyséotomie s'adresse aux bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire aplatis, symétriques et *non ankylosés*.

Elle utilise le jeu des *deux* symphyses sacro-iliaques.

Pinard et Varnier en France, en Autriche et en Amérique, ont utilisé au commencement de cette année, les deux figures que j'ai faites pour montrer le gain résultant de la symphyséotomie. Je prie le lecteur de se rappeler que l'agrandissement du diamètre conjugué (antéro-postérieur) qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés ; que cet agrandissement est accéléré, c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Par exemple, si un écartement pubien de 3 centimètres allonge le diamètre antéro-postérieur praticable de 8 millim., trois centimètres d'écartement en plus l'allongeront de 12 millim. et non de 8 seulement.

La figure 1 montre le bénéfice des grands écartements, 5, 6 et 7 centimètres, résultant de la symphyséotomie appliquée à une série de six bassins gradués, ayant dans leur diamètre promonto-pubien, **5, 6, 7, 8, 9** et **10** centimètres.

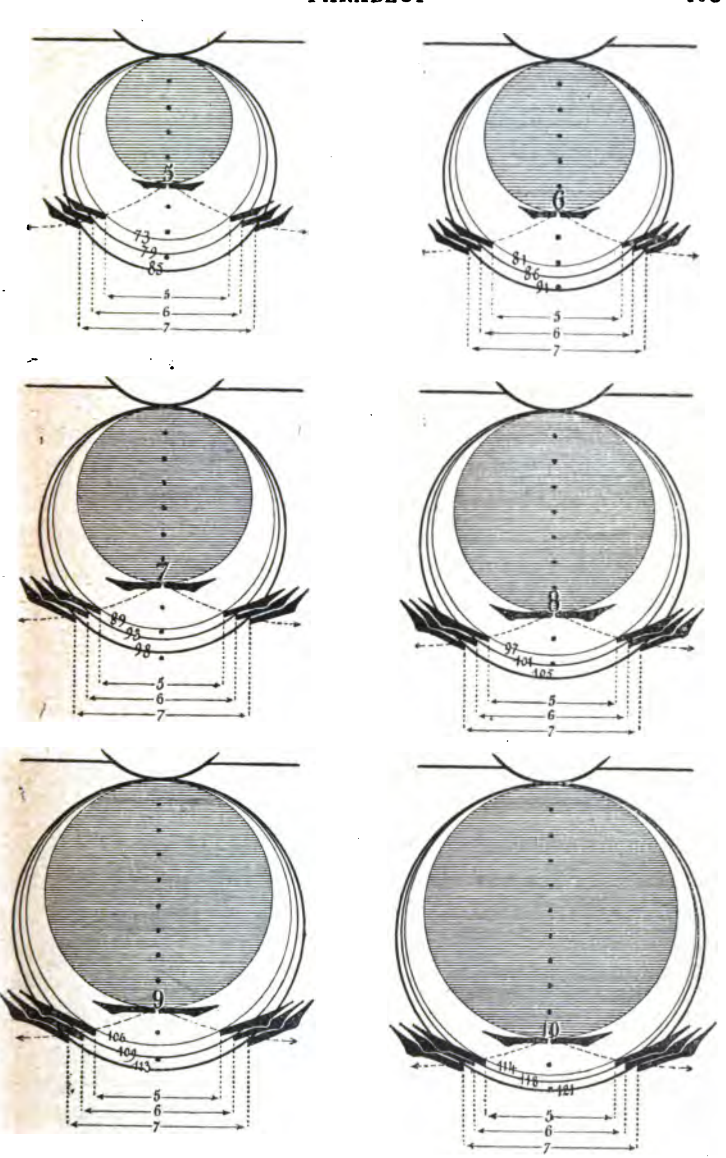


Fig. 1. — Résultats de la symphyséotomie appliquée à des bassins de **5, 6, 7, 8, 9, 10** centimètres dont la capacité primitive est indiquée par les cercles teintés. Le diamètre des cercles praticables obtenus après écartement pubien de 5, 6 ou 7 centimètres est inscrit en millimètres.

L'accoucheur, après avoir mesuré autant que faire se peut, le bassin de la femme, pourra voir sur ce tableau le diamètre du cercle praticable que lui donnera la symphyséotomie. Comme il connaît approximativement le diamètre bipariétal fœtal à tous les âges, il verra s'il peut attendre le terme ou s'il doit provoquer l'accouchement prématuré et à quel mois.

Mais d'autre part, nous n'oublions pas qu'un petit écartement pubien donne, absolument cela va sans dire, mais aussi relativement, moins qu'un grand écartement.

Eh bien! un bassin ankylosé d'un côté ne peut donner qu'un demi-écartement interpubien, c'est-à-dire 3 centimètres, à quelques millimètres près, sans aléa dangereux. Et si l'on réfléchit que dans ce bassin oblique ovalaire, le pubis du côté ankylosé va rester là, malgré l'opération, invincible jetée dépassant la ligne médiane et embarrassant la partie large seule perméable du bassin, l'on comprendra que la symphyséotomie perde ici plus de la moitié de ses avantages et que j'aie tout de suite voulu chercher mieux.

La fusion osseuse sacro-iliaque de Nægelé supprime une charnière sur deux. Après séparation des pubis, un seul os iliaque au lieu de deux, s'entr'ouvrirait comme un volet.

Si nous sciions la ceinture pelvienne du côté rétréci, qu'arriverait-il ?

La partie ankylosée ne bougerait ; mais le reste? Le reste, grâce à la symphyse sacro-iliaque s'écarterait, et grâce à la souplesse de la symphyse pubienne ouvrirait sa courbe. Nous aurions conservé 2 charnières flexibles et nous aurions dilaté, rendu praticable, non seulement le côté large, mais aussi une grande partie du côté rétréci (v. fig. 13, p. 430).

Mais pourquoi s'acharner à étendre le domaine de la symphyséotomie, opération simple, en créant des variantes plus compliquées, des pubiotomies, des ischio-pubiotomies? N'avons-nous pas, en dehors d'elle, et quand elle n'est pas applicable, à choisir parmi quatre méthodes rivales?

Hélas oui, nous les avons ; et c'est parce que nous n'avions qu'elles, que la symphyséotomie vient d'être si bien ac-

cueillie à Paris, venant de Naples, et dans l'Europe entière, venant de Paris.

Relativement aux résultats des méthodes dont la symphyséotomie va restreindre singulièrement l'emploi, je ne sais que ce qui se dit ou s'écrit, car je ne suis pas praticien.

Eh bien, en matière de bassins rétrécis et d'opérations conservatrices de la mère et de l'enfant, la statistique dit que l'*opération césarienne*, en ne prenant que les résultats des opérateurs propres, mais en les prenant tous et pas seulement ceux d'un Léopold, reste très dangereuse pour la mère...

Que l'*accouchement prématuré provoqué* donne une mortalité fœtale inattendue...

Enfin, que le *forceps* au-dessus du détroit supérieur pourtant jugé ici moins dangereux que la *version*, est un instrument meurtrier.

Ne retenant que ce dernier point, je me demande comment il en serait autrement avec l'instrument employé et l'application défectueuse qu'on est obligé d'en faire, soit en travers du bassin, sur un grand diamètre céphalique, soit obliquement, sur un diamètre oblique, soit d'avant en arrière, régulièrement, sur le bipariétal. Dans ces derniers modes, proclamés à Paris les moins offensifs, le forceps n'a qu'une manière de servir, la traction ; il en a deux de nuire : il ponte et supprime la concavité sacrée, empêchant la tête de l'utiliser en s'engageant ; il aplatit la tête et la défonce, particulièrement le pariétal ou le frontal antérieur. Et les deux préceptes pourtant si chers à M. Tarnier sont violés, puisque la tête ne reste pas libre, le périnée fixant le forceps, et que la pince devient un instrument réducteur, un mauvais céphalotribe.

Le sujet vaut que je m'y arrête, ne serait-ce que pour combattre ceux qui demi-symphyséotomistes par timidité, confient au forceps et à la tête incluse, le redoutable soin de terminer par arrachement la séparation des pubis.

Les accoucheurs enseignent que la traction d'un homme, pouvant aller sans ou avec appui à 40 ou 80 kilogr., ne donne qu'une compression de la tête moitié moindre, 20 ou 40 kilogr.

« La pression exercée par les cuillères de forceps est donc égale à la moitié environ de la traction. » Telle est la phrase classique. Vous allez voir si cela peut être vrai dans certaines circonstances, alors que l'instrument doit être, comme l'a fait Pajot, comparé à un porte-crayon serré par sa virole.

C'est le cas très fréquent, on le sait, des applications de force au-dessus du détroit supérieur rétréci. Un forceps est chargé d'une tête ferme, bien saisie, accommodée et réduite le plus possible. L'ensemble est fortement engagé dans l'anneau osseux ; tout est bien lubréfié et glissant ; un millimètre de largeur en plus au contenant ou en moins au contenu, cela passerait. Mais le contenant et le contenu sont arrivés à la limite, l'un de son extensibilité, l'autre de sa compressibilité. Les cuillères glissent bien et leur convexité est très faible ; ne voyez-vous pas que c'est un coin *extrêmement allongé* qui se trouve tiré entre deux points résistants ?

Dans ces conditions, le bassin serre la tête, souvent au point de l'effondrer avec son promontoire ou d'y enfoncer les cuillères du forceps, vous l'avez vu ; la tête tend à faire éclater le bassin et y réussit quelquefois, même sous une traction modérée, vous l'avez entendu dire. Pourtant les accoucheurs ne sont pas des chevaux ; il faut donc que leur faible traction en devenant, dans les conditions que je viens d'exposer, à la fois écrasante pour la tête et brisante pour le bassin, loin de diminuer s'accroisse considérablement. Il m'a semblé qu'elle devait se décupler facilement et qu'en tirant modérément sur un forceps, coin devenu incompressible engagé dans un anneau inextensible, on arrivait à placer sur la tête un poids de quelques *centaines de kilogrammes* et dans le bassin une force dilatatrice d'égale puissance ! Pajot, avec son génie intuitif, avait senti que lorsque le détroit osseux arrivait à serrer le forceps, il se produisait de ce fait, sous l'influence d'une traction pure, eut-elle lieu avec des lacs, sur un instrument abandonné, sans vis ni ficelle rapprochant les poignées, une énorme constriction de la tête, et par réaction, une tendance égale à l'écartèlement du bassin.

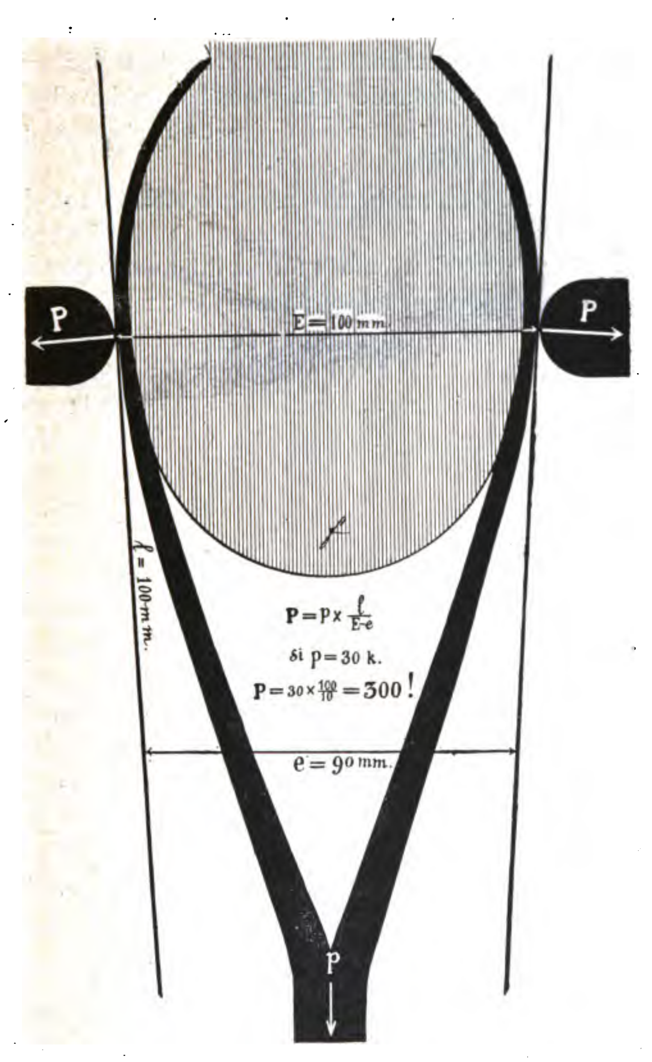


Fig. 2. -- Montre comment et dans quelles proportions le forceps tiré de force à travers l'anneau pelvien, amplifie la traction, comprime la tête et dilate le bassin.

Cette symphyse qui éclate avec bruit, cet œil expulsé et ramassé sous la table, des centaines de pariétaux défoncés, auraient dû, sinon éclairer tout le monde, du moins pousser les accoucheurs à demander à la géométrie quelque lumière. Au lieu de cela, c'est la phrase ci-dessus rapportée, qui se répète d'année en année.

J'ai demandé à un mathématicien la solution du problème suivant : Étant donnée telle traction, que peut-elle produire comme force constrictive de la tête et dilatatrice du bassin ?

Je pourrais imprimer ici sa réponse raisonnée, car il s'agit de géométrie très élémentaire, une question de triangles semblables, en laissant de côté quelques petits détails relatifs à la compression de la tête. Je me borne à la formule brute éclairée par la figure 2 sur laquelle elle est inscrite.

Le forceps passe dans un anneau qui le serre à quelques millimètres au-dessous de la partie la plus large. Deux tangentes à la convexité des cuillères sont menées aux points de contact de ces cuillères et de l'anneau ; ce sont elles qu'il faut considérer pour le calcul. On les voit se rapprocher comme les faces d'un coin dirigé vers les manches de l'instrument. Écartées de 100 millim., au niveau des points de contact, elles ne le sont plus que de 90 à peu près à un décimètre plus bas :

100 millim., c'est le grand Écartement **E** ; 90 millim. c'est le petit écartement **e** ; la longueur **l** des faces du coin entre **E** et **e** est 1 décimètre, 100 millim.

Si nous appelons **p** le poids suspendu au forceps, c'est-à-dire la traction, et **P** la **P**uissance qui en résulte comprimant la tête et dilatant le bassin, la formule.

$$\mathbf{P} = \mathbf{p} \times \frac{\mathbf{l}}{\mathbf{E\text{-}e}} \text{ donne } \mathbf{P} = \mathbf{p} \times \frac{100}{100\text{-}90} = \mathbf{p} \times \frac{100}{10} = \mathbf{p} \times 10.$$

Si la traction de l'accoucheur est modérée, $\mathbf{p} = \mathbf{30}$ kilogr. et

$$\mathbf{P} = \mathbf{30} \times 10 = \mathbf{300} \text{ kilogr.}$$

Si elle est forte, $\mathbf{p} = \mathbf{80}$ kilogr. et

$$\mathbf{P} = \mathbf{80} \times 10 = \mathbf{800} \text{ kilogr.}$$

Et nunc erudimini !

Quand les conditions matérielles s'y prêtent, l'accoucheur a dans la main une puissance à laquelle nul bassin ne résisterait si la tête ne cédait presque toujours la première.

Tenez, si vous êtes aveugle pour les formules, venez dans mon laboratoire. Entre deux bornes dont l'une actionne un dynamomètre, je tiens tout prêt et engagé un forceps chargé d'une tête arrivée à l'irréductibilité. Les visiteurs que cela intéresse tirent sans appui, à leur gré, quelquefois d'une seule main.... le dynamomètre accuse une force dilatatrice de 75, 100, 150 kilogr. et plus. Cependant tout est rouillé, rien n'est graissé, l'expérience est faite pour qu'on puisse conclure *a fortiori.*

Ce n'est pas exagéré que de dire : l'action de l'anneau pelvien sur le forceps trouve souvent l'occasion de *décupler* la force de traction. Vous vous croyez modéré en ne dépassant pas 40 kilogr., mais vos dizaines deviennent des centaines et c'est avec 400 kilogr. que vous écrasez la tête ou brisez le bassin.

Je crois que le perspicace et lumineux Pajot n'avait pas calculé cette force ; mais il la connaissait bien, il en avait grand'peur et savait se comporter en conséquence. On dirait qu'aujourd'hui, devenue quantité négligeable pour les classiques, elle ne préoccupe plus personne. Si nos maîtres du jour ont compris et n'ont pas oublié l'enseignement de Pajot, ils sont vraiment coupables d'en si peu parler.

En raison de ces considérations théoriques mais positives, corroborées par les accidents innombrables (1) connus de tout le monde, lorsqu'un rétrécissement est tel que l'on doit atteindre les limites de la compressibilité et de l'extensibilité

(1) D'où vient donc, demandai-je récemment au naturaliste Tramond, cette collection de pariétaux défoncés qui sont dans votre vitrine ? « Un peu de partout, monsieur, ce sont de beaux gros enfants morts, quelques jours après leur naissance, de convulsions, de pneumonie..... »

C'est ce même Tramond qui à la demande d'un *bassin normal*, c'est-à-dire ayant la forme et les diamètres indiqués naguère encore dans tous les livres, répondit devant moi : « Je ne tiens pas cet article-là ».

au moment où le gros de l'appareil n'a plus que quelques millimètres à parcourir pour franchir le détroit, le forceps est doué d'une puissance nocive effrayante qui peut dépasser le centuple de la traction... ou de la poussée utérine.

Lorsque la tête vient dernière et qu'elle passe le détroit supérieur avec tant de peine qu'il faut deux personnes, l'une pour la tirer, l'autre pour la pousser, cette tête, elle aussi, peut faire coin et multiplier les forces qu'elle reçoit au point de s'écraser, si sa résistance est moindre que celle du bassin.

Je ne m'étonne donc pas que les demi-symphyséotomistes réussissent à obtenir finalement un écartement suffisant et même considérable des pubis.

Je demande si c'est prudent, si c'est raisonnable.

J'ai eu ces jours-ci, après avoir relu 4 observations étonnantes venant de trois accoucheurs allemands, la naïveté de couper une symphyse à moitié, puis aux trois quarts, pour voir si l'impossible n'était pas possible. Est-il besoin de le dire, tant que les moyens d'union des pubis ne sont pas coupés *tous*, aucun écartement notable ne se produit et ne peut être produit sans violence. La symphyse d'un vieux débris cadavérique datant de plusieurs mois et coupée aux trois quarts a supporté un poids de 30 kilogr. sans se rompre.

Demi-symphyséotomistes, la crainte d'un mal vous fait tomber dans un pire. Vous avez peur de verser quelques gouttes du sang de la mère et vous exposez l'enfant à périr de l'effraction dont vous le chargez.

A la suite de nos exercices opératoires, Pinard a écrit : « Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres ». Il est d'une importance capitale d'imposer d'abord cet écartement, 6 centimètres, aux tissus antérieurs et aux liens sacro-iliaques.

Il y a eu et il y aura des morts par oubli de ce précepte : blessure par imprudence ayant occasionné la mort sans intention de la donner, pénal ité légère.

Mais vous qui ne faites qu'entailler à demi la symphyse, comptant pour l'ouvrir sur la puissance dilatatrice effrayante du forceps appuyé sur la tête, ou qui négligez de produire, à l'aide des cuisses ou d'un instrument, l'écartement nécessaire, vous écraserez souvent cette tête ; je le sais. Vous causerez la mort en employant *inutilement* et *sciemment* un procédé capable de la donner.

Quand m'est arrivé le journal français rapportant les quatre observations allemandes ci-dessus visées, j'ai cru que le traducteur seul était responsable des énormités qui me choquaient. Vérification faite, sa traduction se trouve exceptionnellement bonne : il n'y a qu'un contre-sens.

Malgré l'autorité des auteurs de ces observations, malgré le respect quej'ai pour les Allemands, ordinairement sérieux et réfléchis, je m'insurge contre la symphyséotomie incomplète parce qu'il est facile à ceux qui craignent de faire une échappade dans les veines en coupant le ligament sous-pubien, de désinsérer celui-ci à la rugine en serrant de près l'une des branches descendantes des pubis, parce que la disjonction des articulations sacro-iliaques ne peut rompre aucun ligament utile ; parce que je redoute pour la tête, première ou dernière, le périlleux honneur de suppléer à l'insuffisance de l'opérateur. (Voyez fig. 7 à 14, p. 427 et suiv.)

Ennemi de toute violence aveugle, j'espère du reste qu'on renoncera bientôt à employer le forceps actuel pour engager la tête dans le détroit supérieur rétréci. J'en veux même à M. Tarnier, qui connaît les mérites du levier mieux que personne, de ne pas avoir encore, pour cette besogne spéciale, accroché son forceps au clou avec tous les autres.

Le levier, qui ménage la concavité sacrée, sur lequel on peut tirer avec ce qu'il y a d'admirable dans le forceps Tarnier avec le tracteur arqué flottant, me paraît injustement dédaigné. Avec cet instrument, c'est-à-dire avec une cuillère de

forceps (droit de préférence) emboîtant la bosse pariétable antérieure et maniée comme un levier, on fixe et l'on appuie la tête sur le promontoire qui commence aussitôt l'indispensable dépression de la tempe postérieure ; par la traction ajoutée, l'engagement se produit ; au moins il s'amorce, pour être ultérieurement complété par l'utérus, *si* les dimensions du détroit peuvent le permettre. Car cela exige et exigera toujours un bassin *modérément, très modérément rétréci.*

Que faire donc à ces autres bassins trop étroits pour la version, le forceps, le levier, même pour l'accouchement provoqué d'un enfant assez avancé pour être sûrement viable ?

Éliminons les rétrécissements extrêmes et étendus au détroit inférieur, les bassins qui ont ce degré d'étroitesse et de difformité qui semble ôter aux malheureuses contrefaites le droit à la fécondation. Ces cas sont réservés à l'opération césarienne ou à la castration de Porro à la fois curative et prophylactique.

Ce sont les *bassins d'étroitesse moyenne*, ceux que l'on ne pouvait traiter jadis que par l'accouchement trop prématuré, qui m'occupent en ce moment. Car l'accoucheur peut, par la section de la ceinture pelvienne, les agrandir assez pour en extraire vivant un fœtus à terme normal.

La symphyséotomie a fait ses preuves pour les bassins non ankylosés.

J'espère que l'ischio-pubiotomie les fera bientôt pour les obliques ovalaires ankylosés (1).

Les figures suivantes ont été dessinées pour faire partager au lecteur mon espoir et ma confiance. Toutes, elles représentent le même bassin oblique ovalaire moyennement rétréci (84 millim. entre le promontoire et le pubis) appartenant à la Clinique Baudelocque et considéré comme type de ces bassins trop petits pour le forceps et la version, assez grands pour ne pas imposer l'opération césarienne, c'est-à-dire justiciables de l'agrandissement momentané de la ceinture pelvienne par section.

---

(1) Elle les a faites le mercredi 9 novembre 1892 et depuis. Voy. p. 426.

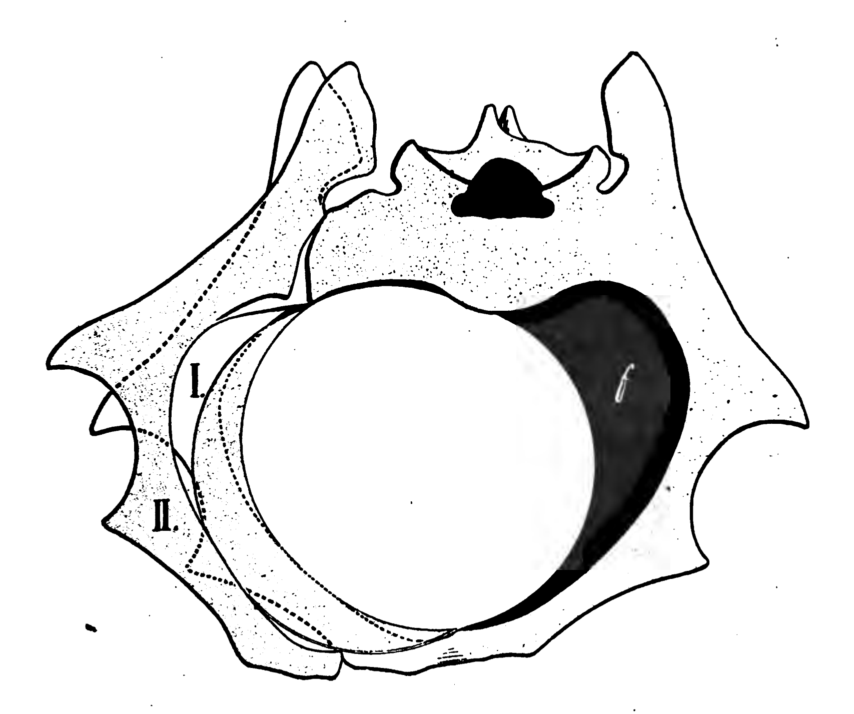


FIG. 3. — Bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque intact, blanc.

II. — Le même os iliaque teinté, écarté au maximum prudent, 30 millim., après symphyséotomie.

Cette figure montre le gain de la symphyséotomie (le croissant teinté) qui s'ajoute à la surface blanche ellipsoïde seule praticable dans le bassin intact. Celle-ci, oblongue, mesure à peine 85 millim. dans un sens, 95 dans l'autre; tandis que les diamètres de la surface totale dépassent 95 et 105 millim. En d'autres termes, la surface praticable initiale mesure 61 cent. carrés, suffisant juste à une sphère de 358 cent. cubes ; la surface praticable acquise 61 + 15 = 76 cent. carrés où peut passer une sphère de 496 cent. cubes.

La figure 3, comme point de départ, représente en blanc la surface oblongue offerte à la tête par le bassin tel quel, avant toute opération. Cette surface limitée par des arcs tangents au contour osseux et appartenant à un cercle de 90 millim. de diamètre, inférieur pourtant à celui d'une tête normale moyenne, mesure 61 centimètres carrés, il en faudrait près de 80.

J'ai apprécié les surfaces en les pesant. En les pesant? Oui, après avoir tracé aussi exactement que possible les espaces praticables sur des feuilles de papier ou de carton ou de métal, homogènes et d'épaisseur régulière, je les découpe et je les pèse. Ayant auparavant déterminé le poids d'un décimètre carré de l'échantillon employé, j'obtiens vite un résultat que la géométrie m'eût donné moins exact et plus difficilement.

Lorsque après la symphyséotomie, le pubis du côté mobile a subi à peu près le maximum d'écartement prudent, 30 millim., la surface praticable s'est accrue de 15 centimètres carrés, ce qui donne en tout 76. Ce serait juste suffisant si ce n'était évidemment trop juste et par conséquent aléatoire et dangereux. *A fortiori* avec un bassin plus petit.

La figure 4 ne nous arrêtera pas longtemps : elle établit comparaison entre la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie du côté large non ankylosé, c'est-à-dire la section au droit du trou ischio-pubien de l'os resté mobile. Après le sciage de la branche horizontale du pubis et du pilier ischiatique correspondant de l'arcade, une valve pubienne P est créée qui joue grâce à la souplesse de la symphyse pubienne et se porte en avant. L'examen de cette figure montre que cette ischio-pubiotomie ne tentera sans doute personne puisqu'elle n'arrive tout au plus qu'à donner la même place que la simple et facile symphyséotomie.

On n'en peut dire autant de l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé et étroit : la figure 5 fait sauter aux yeux le grand croissant blanc que cette opération ajoute à la surface grise qui serait donnée par la symphyséotomie.

C'est ici que je veux appuyer.

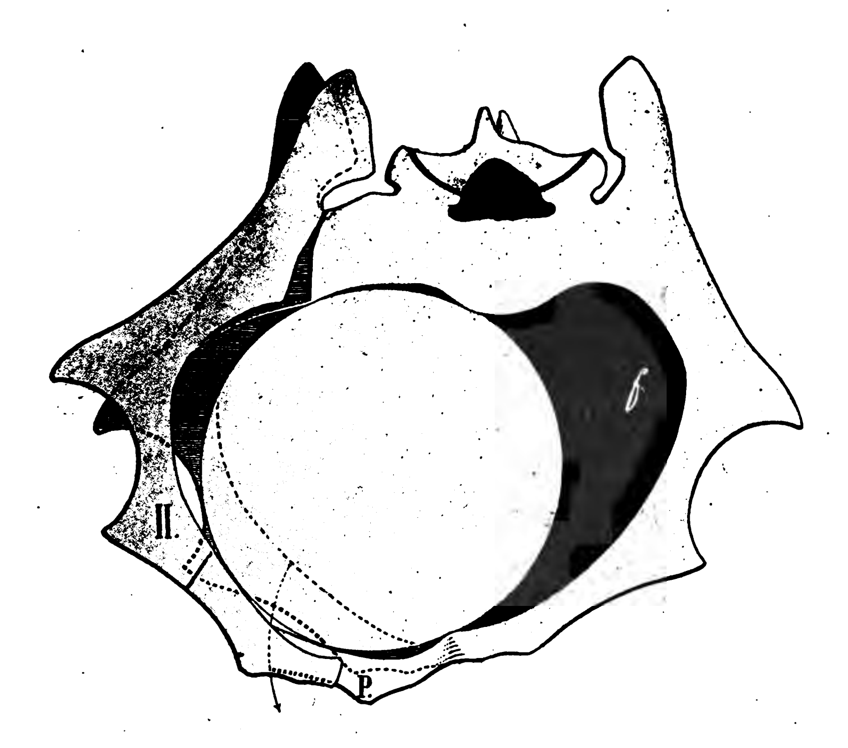


Fig. 4. — Même bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche ; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque intact.
II. — Le même os iliaque écarté à peu près au maximum prudent après symphyséotomie.

Cette figure montre que l'espace praticable gris, ainsi obtenu par symphyséotomie pourrait l'être aussi par l'ostéotomie du côté large, moyennant que la tête arrive à jeter en prépulsion (dans le sens de la flèche) le pubis P ici représenté en blanc et jouant comme un volet, une valve de charnière, grâce à la souplesse de la symphyse.

Ce bassin de 84 millim. de diamètre promonto-pubien, était tout à fait insuffisant. La symphyséotomie qui, je le répète, perd ici plus de la moitié de ses avantages, à cause de l'ankylose, n'arrive qu'à le rendre tout juste suffisant et n'y arriverait pas si le diamètre promonto-pubien avait quelques millimètres de moins, ce qui s'est vu et se verra souvent, ni si la tête était très dure et dépassait un tant soit peu le volume moyen. Une femme à terme portant un fœtus de volume moyen ou gros au-dessus d'un tel bassin, n'accouchera pas par la symphyséotomie sans que le forceps ou la pression sur la tête, si on a recours à la version, intervienne avec une force dangereuse. Et quand on sera averti avant terme, il faudra, si l'on veut ne recourir qu'à la symphyséotomie, provoquer l'accouchement prématuré. Or nous savons ce qu'il donne.

L'ischio-pubiotomie du côté rétréci représentée ci-contre par la figure 5, est heureusement là qui, dans le bassin étudié, donne 17 centimètres en plus du strict nécessaire : latitude et sécurité ! C'est incontestable si le pubis scié peut s'écarter des 30 millimètres que permet la symphyse sacro-iliaque restée mobile et si la symphyse pubienne est souple. L'expérience cadavérique répond : cela est.

Prévoyant des obstacles imaginaires, des imperfections opératoires, etc. j'ai voulu voir ce que donnerait cette ischio-pubiotomie avec la moitié seulement, 15 millim., de l'écartement possible. Eh bien, la figure 6 montre qu'avec un demi-écartement, l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé donne encore une plus grande surface praticable que la symphyséotomie avec l'écartement complet de 30 millim.

J'ajouterai que, grâce au jeu de la symphyse, le côté étroit élargi par la section osseuse, peut devenir plus grand d'avant en arrière que le côté large. L'occiput pourra donc descendre indifféremment d'un côté ou de l'autre. Je crois même que si placé primitivement au-dessus du côté large, et tiré par le forceps, l'occiput tardait à s'engager, il faudrait songer à l'amener par rotation au-dessus du côté élargi.

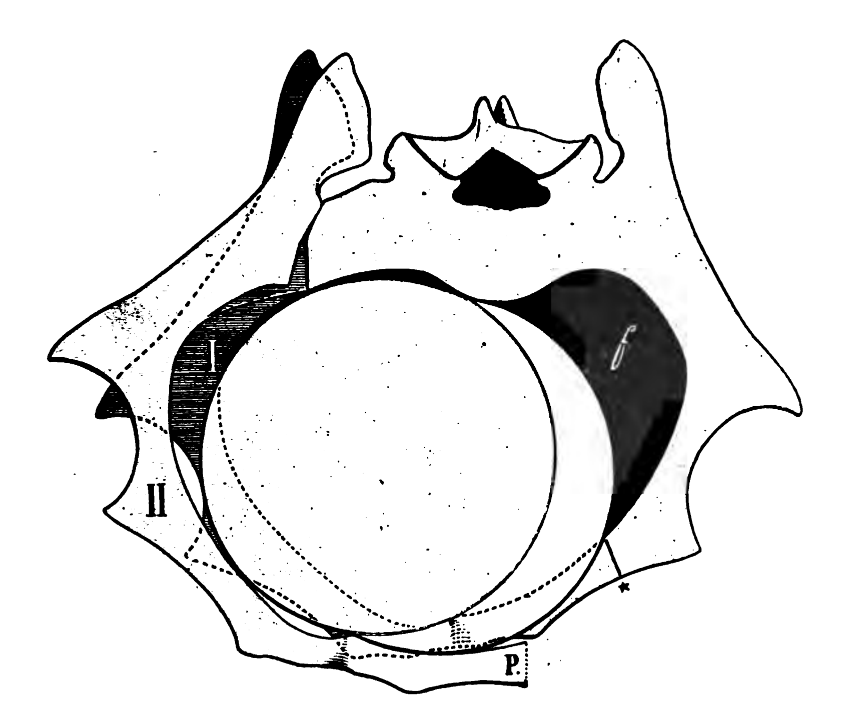


Fig. 5. — Même bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche ; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque en place, bassin intact.
II. — Le même os iliaque écarté au maximum prudent, soit après la symphyséotomie (partie teintée), soit après ischio-pubiotomie (même partie teintée avec l'autre pubis P, blanc, en plus); * trait de scie.

La figure montre qu'à égalité d'écartement, 30 millim., l'ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé donne, grâce au jeu de la symphyse pubienne, une surface praticable (ellipse cernée d'un gros trait noir, c'est-à-dire grand cercle gris plus croissant blanc) beaucoup plus grande que celle de la symphyséotomie, ici teintée en gris et à peu près circulaire.

Ces surfaces sont sûrement praticables puisqu'elles ont des diamètres suffisants et que leurs contours sont formés d'arcs tangents à l'anneau pelvien osseux et appartenant à un cercle ayant un diamètre un peu plus grand que le bipariétal fœtal évalué à 95 millim.

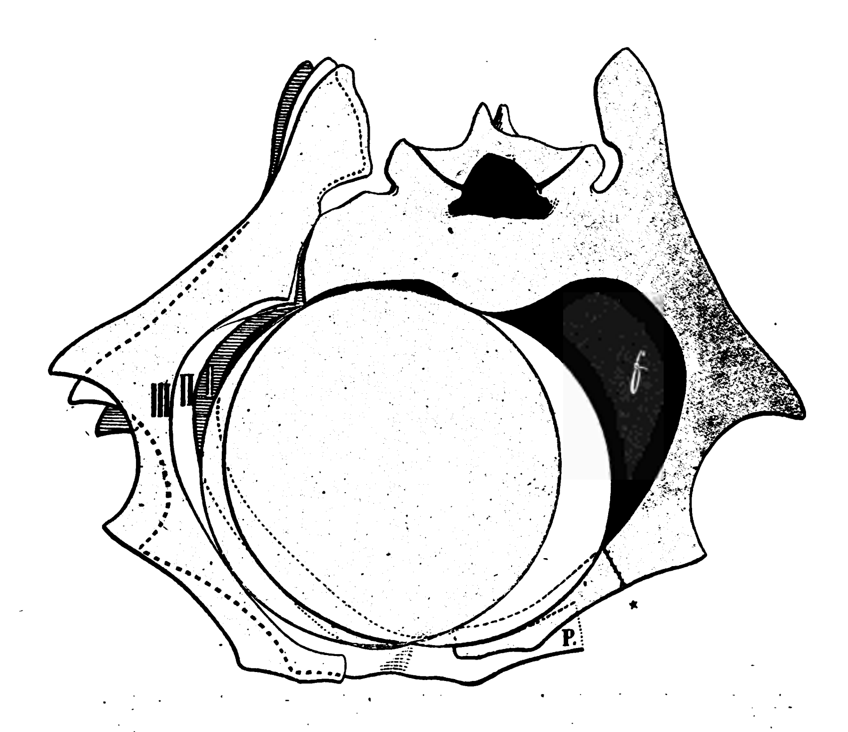


Fig. 6. — Même bassin, même coupe, mêmes opérations, c'est-à-dire symphyséotomie et ischio-pubiotomie du côté ankylosé; * trait de scie.

I. — Os iliaque en place, bassin intact.
II. — Le même os iliaque, en blanc, ayant subi seulement un demi-écartement, 15 millim., après ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé.
III. — Le même os iliaque, en gris, écarté à peu près au maximum, 30 millim., après symphyséotomie.

Le résultat utile de la symphyséotomie est représenté par la surface grise à peu près circulaire cernée d'un double trait fin; il est encore inférieur à celui de l'ischio-pubiotomie à demi-écartement entouré d'un gros trait plein qui, s'il prend un peu moins dans le côté large, s'avance beaucoup plus dans le côté primitivement étroit. Le croissant blanc que le lecteur voit à sa droite est manifestement plus grand que l'étroit croissant gris du côté opposé.

Je conclurai disant aux accoucheurs : J'ai fait ces tracés, ces calculs et les figures suivantes, afin de vous fournir le substratum anatomique et positif dont vous avez besoin et pour oser et pour vous abstenir, au mieux des intérêts de vos deux clients. La connaissance du possible et de l'impossible peut seule empêcher les audacieux de se livrer à des tentatives vaines, folles, dangereuses, et pousser les sages à saisir les occasions d'heureuse et utile intervention. Elle féconde et justifie la hardiesse, dénonce et supprime la témérité.

Donc l'ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé se présente comme le procédé de choix pour agrandir momentanément, d'une quantité considérable, le détroit supérieur et l'excavation des bassins obliques ovalaires dits de Nægelé.

Cette opération, on va le voir, tout médecin propre l'exécutera sans peine et sans risques. Elle est plus facile que l'iliotomie oblique rétrocotyloïdienne qui, n'étaient les ligaments sacro-sciatiques, remédierait aussi aux rétrécissements du détroit inférieur; plus facile surtout que la disjonction au ciseau de la symphyse ankylosée, etc., etc.

L'ischio-pubiotomie peut se faire, comme je l'ai faite d'emblée sur le cadavre, avec la plus grande facilité.

Scier les os, la branche de l'ischion et l'horizontale du pubis ; détruire les parties fibreuses (arcade crurale et membrane obturatrice) qui s'opposeraient à leur écartement ; tenir la cuisse de manière que les muscles adducteurs relâchés permettent cet écartement, tel est le programme.

Instruments : bistouri, ciseaux, pinces hémostatiques, écarteurs, rugines, scie à chaîne et ses accessoires, aiguille mousse flexible, passe-fil emmanché ; si l'on veut faire des sutures : perforateurs et fils métalliques, aiguilles et fils divers.

Les *incisions tégumentaires* doivent se trouver sur une ligne parallèle à la ligne médiane et distante de 4 centimètres. C'est là que le cadre osseux du trou ischio-pubien sera dénudé en deux points, que la scie à chaîne sera passée ; c'est

dire : 1° près de l'ischion au côté du périnée, au droit de la fourchette, pour la branche ascendante de l'ischion ; 2° à un doigt en dehors de l'épine pubienne tangible, pour la branche horizontale du pubis.

Donc la scie est successivement passée derrière chacune de ces parties osseuses, à 4 cent. de la ligne médiane, mais ce n'est pas là qu'elle doit travailler : il faut refouler les parties molles, les chasser en dehors en serrant l'os et tâcher de faire mordre la denture à plus de 4 cent. de la ligne médiane, le plus loin possible. On arrive facilement ainsi à scier le pilier de l'arcade près de l'ischion, et la branche pubienne horizontale, non à 4 mais à 5 cent. de la symphyse, créant ainsi une *valve de charnière mobile de 5 cent.*; il est très important d'y donner le plus d'ampleur possible.

Première section, ischion. — La femme est en position obstétricale, au bord du lit, rasée ; l'opérateur entre les cuisses relevées par des aides dont un au moins intelligent, celui qui se tient du côté opéré.

Un doigt dans le vagin (purifié et tamponné) et le pouce dans le pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre ou inversement, j'ai pincé tout le possible (lèvres et bulbe vaginal) et senti l'os du bout de mes doigts. J'ai fait alors sur l'os même, une incision antéro-postérieure de 4 cent. (sujet maigre) dont la partie moyenne était au droit de la fourchette.

Ayant exposé la face extérieure de l'os en donnant un coup de bistouri dans le sens des fibres musculaires qui en partent, j'ai pris la rugine courbe pour dénuder dans l'étendue nécessaire la face extérieure, les bords, la face postérieure du pilier de l'arcade, et enfin pour le contourner et le charger de dedans en dehors, en faisant apparaître le bout de l'instrument dans le trou sous-pubien.

Pendant tout ce travail, la gauche avait maintenu doigt dans le vagin, doigt dans la plaie, et me disait que je conservais bien à la paroi vaginale toute son épaisseur, que je ne la menaçais aucunement.

Ayant passé l'aiguille et la scie à chaîne de dedans en

dehors dans la voie faite derrière l'os, je n'ai scié qu'après avoir refoulé les parties molles le plus possible en arrière vers la tubérosité de l'ischion, derrière la fourchette, et j'ai tâché de ne pas faire de pointes. J'aurais pu employer une bonne cisaille, mais j'ai eu peur d'avoir des esquilles.

Alors j'ai pensé, avec le doigt et avec le bout d'une rugine droite, à remonter le long du bord interne du trou ischio-pubien pour en détacher la membrane obturatrice aussi haut que je le pourrais, mais sans insister pour le moment.

Deuxième section, pubis. — Par habitude l'accoucheur restera entre les jambes de la femme, un chirurgien se mettrait peut-être sur le côté ; le sciage en serait facilité.

2° Après avoir saisi toute la motte entre le pouce et les doigts pour sentir sans erreur les deux épines pubiennes, j'ai marqué celle du côté opéré.

J'avais tracé sur le ventre une longue parallèle à 4 cent. de la ligne médiane et sur cette ligne qui se trouve passer à un petit doigt en dehors de l'épine, j'ai fait une incision de 5 cent. ou 3 doigts (sujet maigre), commencée à un grand doigt au-dessus de l'arcade crurale, c'est-à-dire de la ligne des épines iliaque supérieure et pubienne toutes deux tangibles, touchées et marquées.

Comme dans la première opération, des veinules insignifiantes furent coupées et bientôt je vis les fibres blanches de l'arcade et, au-dessous, l'enveloppe aponévrotique du muscle pectiné dont je détachai l'arcade et le ligament de Gimbernat pour les couper dans le sens de l'incision cutanée, c'est-à-dire perpendiculairement à leurs fibres. Il faut en effet diviser, et cela se fait en dehors de l'orifice inguinal externe, toutes les fibres que l'on voit et aussi celles des ligaments de Gimbernat et de Cooper que l'on trouve dans la profondeur avec la plus grande facilité, tout en respectant le contenu du canal inguinal. L'on fend alors hardiment sur l'os, le pectiné ; et la surface pectinéale du pubis se montre à nu et se sent. Quelques coups de rugine sont à peine nécessaires pour permettre de passer la scie à chaîne derrière l'os de dessus en

dessous. Mais avant de scier, la rugine sera quelquefois rappelée pour refouler en dehors les parties molles, car il faut diviser l'os loin de la ligne médiane, à 5 cent.; la tête du fœtus devra sans doute être soulevée légèrement.

Achèvement de la séparation des os. — La double section osseuse accomplie, rien ne s'écarte encore. Il faut que, par la plaie supérieure, la rugine soit poussée de haut en bas le long du bord interne du trou pour achever la désinsertion de la membrane obturatrice; il faut que l'exploration de l'index gauche, à mesure que l'écartement se produit, signale les brides fibreuses tendues qui persistent à résister, afin que la droite, à l'aide d'un instrument mousse et fort, une rugine, des ciseaux fermés, charge ces obstacles et les rompe en faisant une pesée appuyée sur le pubis, etc. Le doigt explorateur fait lui-même bien des choses et réussit à forcer sans danger, par exemple, la bandelette d'insertion du releveur si on la juge trop résistante.

Quand le doigt a senti que toute l'arcade crurale superficielle et profonde, y comprise la bordure de Cooper qui rampe sur la crête pubienne, est parfaitement divisée; que rien ne reste entre les deux plaies de ce qui fut la membrane obturatrice, etc., les os ne s'écartent pas encore, si l'aide qui tient la cuisse la tient écartée. Car ainsi, les adducteurs insérés au corps du pubis sont distendus et retiennent celui-ci rapproché des parties dont la scie vient de le séparer.

De toute nécessité, il faut donc que la cuisse soit tenue *dressée,* c'est-à-dire en demi-flexion et en *abduction très légère,* juste suffisante pour permettre à l'accoucheur de manœuvrer librement. Ainsi les muscles adducteurs non distendus cesseront de s'opposer à l'écartement. Il faut en outre que la jambe ne soit pas immobilisée afin que la cuisse reste *libre de tourner*, c'est-à-dire de céder aux muscles obturateurs, pour que ceux-ci puissent céder au pubis qui, en s'écartant, emporte une partie de leurs insertions.

Ces conditions étant réalisées, l'opérateur aura à se rendre compte de la souplesse de la symphyse pubienne; il

ne lui serait pas difficile de l'augmenter, même sans davier, car du bout des doigts on arrive à luxer en avant la valve pubienne mobile, au détriment de quelques fibres intra-pelviennes insignifiantes.

J'estime qu'on obtiendra facilement, dut-on faire une pesée entre les os avec un ciseau, un écartement transversal de 3 cent. et plus, entre les surfaces sciées. Mais plus n'est pas nécessaire et la seule symphyse sacro-iliaque restée mobile ne le permettrait peut-être qu'avec des risques. Avant de prendre le forceps, exigez de cette symphyse tout ce qu'elle doit donner. Je le répète surtout pour la section interpubienne, et non sans de tristes raisons : immédiatement après la symphyséotomie, il faut disjoindre de force les deux articulations sacro-iliaques ; il ne faut *rien laisser à faire à la tête du fœtus;* le forceps ne doit intervenir que comme suppléant des forces expulsives maternelles.

A la suite de ces opérations judicieusement entreprises, toutes les mères non infectées par des manœuvres antérieures, tous les enfants sains et à terme doivent survivre. L'opérateur seul peut être dangereux. Le public saura fuir et blâmer les sales, plaindre et écarter les maladroits.

Après l'accouchement, quelques opérateurs croiront utile de perforer les deux fragments de la branche horizontale du pubis de haut en bas pour une solide suture osseuse métallique ou autre. Probablement aussi l'on songera à réunir par plusieurs points la plaie de l'arcade crurale pour favoriser la reconsolidation de cette région herniaire.

Je n'ai parlé ni de la racine du clitoris, ni de la veine crurale, ni de l'artère obturatrice. Ces derniers organes sont hors d'atteinte ; et dans nos exercices cadavériques improvisés mais réglés comme ci-dessus, le plus inexpérimenté n'a rien vu de tout cela, rien blessé, rien menacé. La découverte des os se fait sans qu'on puisse diviser autre chose que des artérioles et des veinules ; ensuite vient la rugine courbe dont le front ne quitte pas le contact osseux.

Post scriptum. — J'ai entrepris cette étude à l'occasion de l'entrée à la Clinique Baudelocque d'une femme enceinte ayant un bassin rétréci oblique ovalaire ankylosé d'un côté. Elle ne pouvait accoucher à terme sans opération : l'exploration le disait et le passé le prouvait *quatre fois*. La symphyséotomie me paraissant devoir être insuffisante, je fis les calculs ci-dessus rapportés, d'après un bassin à peu près semblable à celui de cette femme, et je conclus.

M. Pinard m'a fait l'honneur de partager ma foi et mon espérance.

Le 9 novembre, à cinq heures du matin, après ischio-pubiotomie du côté ankylosé, à cinq centimètres de la symphyse pubienne, une fille dont la tête n'avait pu s'engager à *aucun degré* avant l'opération, une fille de 4000 moins 30 grammes saisie par le forceps, fut extraite en quelques instants sans le moindre effort ; elle tomba presque dans les mains de mon collègue et, par ses cris et ses mouvements, témoigna immédiatement qu'elle n'avait pas du tout souffert. L'enfant prospère, abondamment allaitée par la mère ; la plaie s'est réunie par première intention; le bassin est consolidé sans difformité.

Je souhaitais à ma cause une preuve de plus — vœu sacrilège — je souhaitais qu'un accoucheur en présence d'un bassin oblique ovalaire ankylosé, ayant telles dimensions qui rendent l'ischio-pubiotomie indiquée et la symphyséotomie insuffisante (question de mensurations et de calculs) entreprit néanmoins de s'en tirer par la simple symphyséotomie, comme s'il s'agissait de démontrer que cette opération-là est inutile et que cette opération-ci vaut tout autant. Je ne pouvais demander un tel essai ; mais s'il se faisait à mon insu.....?

Eh bien, il y a un Dieu!

La symphyséotomie d'un bassin oblique ovalaire, vient d'être faite; après plusieurs applications de forceps inefficaces, il fallut broyer la tête de l'enfant. Concluez.



FIG. 7. — Coupe médiane, femme couchée. — **V**, vessie ; **u**, méat urinaire ; **c**, clitoris avec sa veine dorsale sous la symphyse **s** dont la cavité occupe la moitié de la hauteur et de la largeur, affleurant le bord postérieur. L'on voit les couches concentriques des faisceaux symphysiens, très nettes en haut, en avant et en-dessous. — **D**, muscle grand droit.

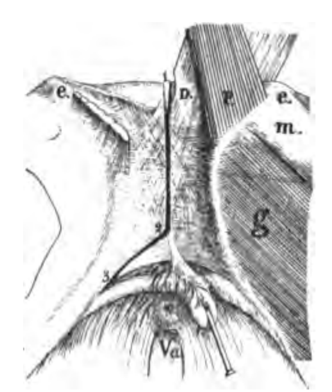


FIG. 8. — Face dite antérieure de la S. — **D**, m. grand droit ; **p**, m. pyramidal ; **m**, moyen adducteur ; **g**, grêle ou droit interne. — **La** veine dorsale du clitoris et d'autres, pénètrent sous le bord inf. ou lig. arqué de la S. — Après incision médiane hardie de 1 en 2, le bistouri *par crainte des veines* peut, ou la rugine, fuir obliquement de 2 en 3 et néanmoins, *tout couper*.

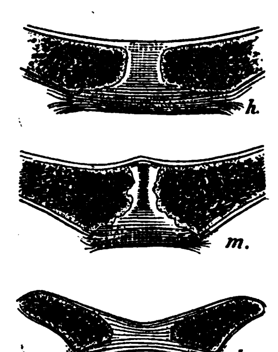


FIG. 9. — Trois coupes perpendiculaires aux faces des pubis : **h**, en haut ; **m**, au milieu, cavité intéressée ; **b**, en bas à travers le lig. arqué. — En haut, **h**, les os écartés laissent entrer le bistouri facilement ; de même au milieu **m**, pourvu qu'il attaque en avant, car en arrière les os se rapprochent, l'interligne est presque linéaire.

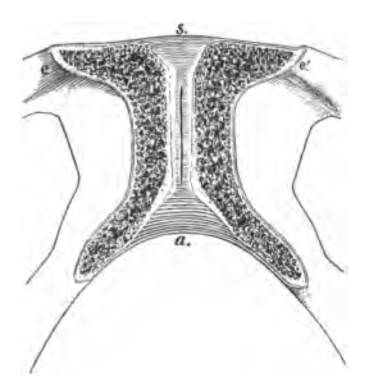


FIG. 10. — Coupe transversale parallèle aux faces des pubis, assez rapprochée de la face pelvienne pour ouvrir la cavité. — **e e'**, place des épines pubiennes ; **s**, fibres supérieures formant une masse cunéiforme facile à entamer dans son fossé osseux ; **a**, fibres inférieures formant le ligament arqué, dit encore sous-pubien, sous-symphysien.

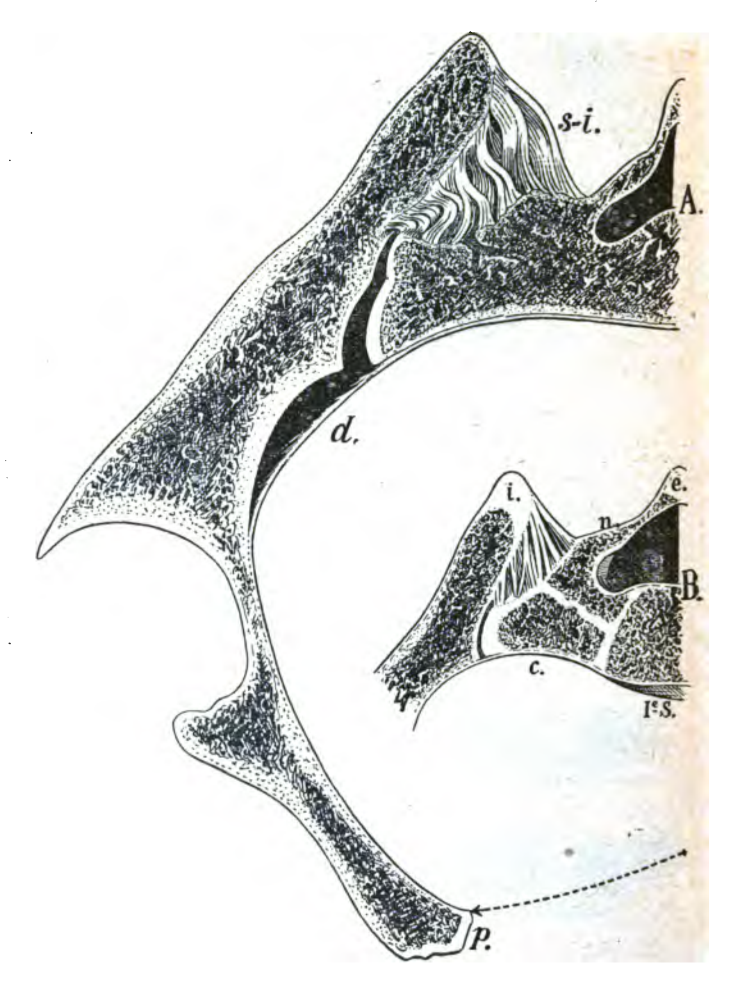


FIG. 11. — A. Après symphyséotomie, disjonction sacro-iliaque manuelle ou instrumentale de 0m,06, 0,03 pour le pubis **p** représenté (2e temps de l'opération). En agissant par les cuisses, il faut, pour obtenir disjonction égale de chaque côté, appuyer seulement le fémur dressé sur le côté pelvien qui cède, écarter fortement la cuisse du côté qui résiste. Le périoste **d**, ligament antérieur, éraillé, étiré, se décolle; d'arc devenu corde il permet le nécessaire moyennant un décollement de 0m,04 au moins. L'indispensable ligament sacro-iliaque **s-i** relâché reste intact.

B. Coupe à travers la 1re vertèbre sacrée et la symphyse sacro-iliaque d'un enfant de trois ans : **n**, pièce neurale ; **c**, pièce costale, développée incomplètement et ordinairement ankylosée avec l'os iliaque, dans le bassin oblique ovalaire ; **i**, épine iliaque postérieure et supérieure ; **e**, apophyse épineuse, l'une et l'autre encore cartilagineuses.

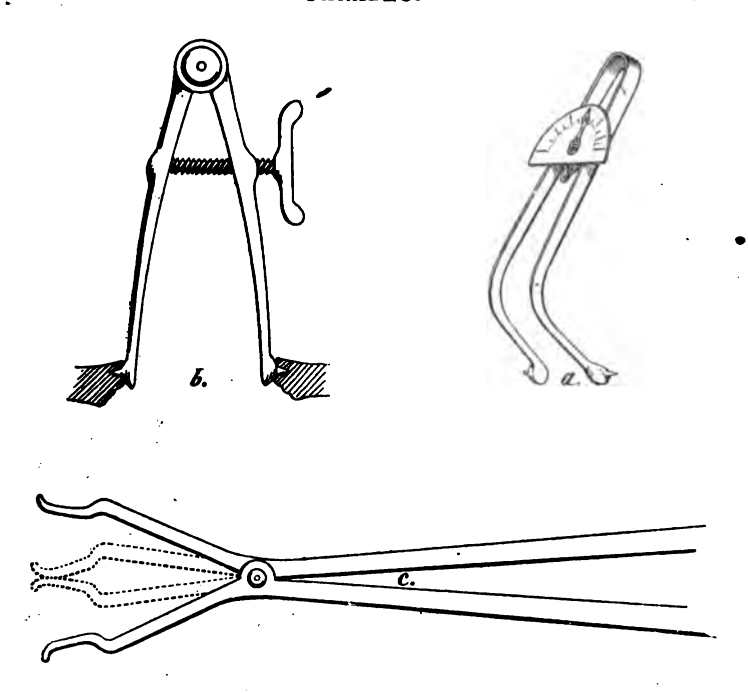


FIG. 12. — 1° Après la symphyséotomie, il n'est pas mauvais de placer entre les pubis une espèce de pincette élastique à cadran indiquant la marche et le degré de l'écartement. L'instrument **a**, long de 0m,15 environ, courbé pour tenir sur le ventre, a les extrémités terminées par des boutons hémisphériques garnis d'une pointe solide qu'il faut enfoncer bien sur la partie plane osseuse, c'est-à-dire médiane postérieure des faces de la symphyse.

2° Après la section interpubienne, il faut vaincre les liens sacro-iliaques antérieurs : symphyséotomie plus double symphyséoclasie.

L'instrument **b** est un écarteur interpubien à vis, long également de 0m.15, puissant comme le désencasteleur des vétérinaires qui m'en a donné l'idée. On voit où les pointes doivent être placées. Dans les opérations sur la vessie, l'écartement est maintenu sans aides ; le champ reste libre avec l'instrument redressé sur le ventre ou rabattu sur la verge. Tuffier en a été satisfait.

L'instrument **c** dont l'action peut être limitée à volonté, est beaucoup plus puissant que le précédent. Il n'est pas fait pour rester en place mais pour produire, au degré nécessaire, l'écartement immédiat et momentané que les accoucheurs doivent provoquer avant de saisir la tête dans le forceps.

L'écartement manuel par abduction des cuisses n'est pas facile à régler et si, dans la crainte d'aller trop loin soit des deux côtés, soit d'un seul, on ne fait pas le nécessaire, on tue l'enfant ou du moins on s'expose à le tuer.

La vraie symphyséotomie n'est pas responsable des enfants mécaniquement morts d'une opération incomplète, non plus que des mères emportées par la septicémie déterminée par l'opérateur ou par des manœuvres antérieures.

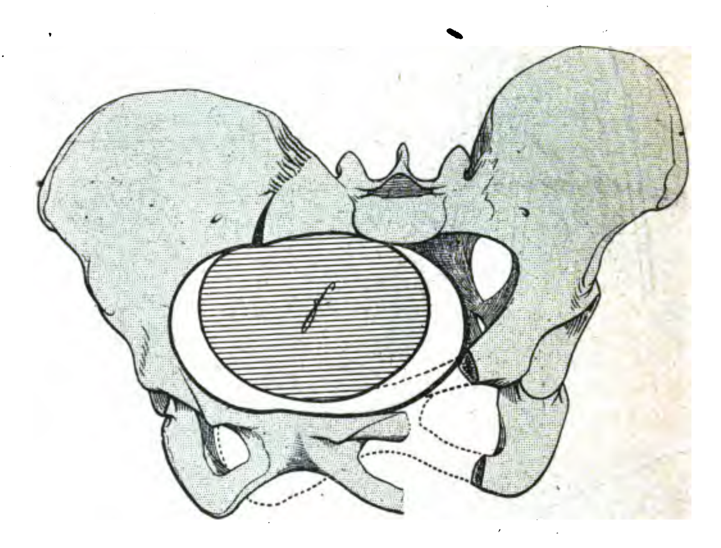


FIG. 13. — Bassin oblique ovalaire ayant subi l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé rétréci. La surface praticable ainsi obtenue est blanche et dépasse de beaucoup la surface y incluse teintée qu'offrait le bassin avant l'opération. (Voir les calculs et les tracés géométriques dans les pages précécentes, fig. 3, 4, 5, 6.)

J'ai donné dans ce travail les éléments nécessaires au praticien :

1° S'agit-il d'un bassin ordinaire et par conséquent d'une simple symphyséotomie.

Si l'accoucheur est consulté dans le cours de la grossesse, il touchera la femme pour estimer le diamètre pelvien promonto-sus-pubien. Avec cette mesure et le tableau de la figure 1, il saura tout de suite ce que donnera la symphyséotomie et s'il peut attendre le terme, c'est-à-dire si une tête de 95 mill. pourra passer, ou bien s'il doit provoquer l'accouchement prématurément. — Les élèves retiennent facilement cette donnée approximative : la tête, dans ses petits diamètres, a autant de centimètres que de mois ; à 7 mois, 7 centim. ; à 7 mois 1/2, 7 centim 1/2 ; 8 mois, 8 centim., etc. La prudence commande de supposer qu'on a pu se tromper en donnant toujours trop au bassin, et jamais assez à la tête.

2° S'agit-il d'un bassin oblique ovalaire ankylosé d'un côté.

Le même examen précoce, les mêmes calculs s'imposent.

Quelquefois peut-être, la symphyséotomie combinée à l'accouchement prématuré sera suffisante.

On a vu plus haut la marge que donne en plus l'ischio-pubiotomie, l'opération de choix, ce qu'elle a donné à Pinard, ce que la symphyséotomie a donné à X, son confrère.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1892

Par **A. Pinard**
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.
Membre de l'Académie de médecine (1).

Messieurs, il y a un an, le 7 décembre 1891, je commençais une leçon dans cet amphithéâtre en prononçant les paroles suivantes : « A l'heure actuelle, lorsque nous « nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant « un rétrécissement du bassin et que nous avons constaté « soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi « infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de « l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous som- « mes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les « deux moyens suivants: ou broyer la tête et terminer « l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer « l'opération césarienne (2) ». Et après avoir chiffré les résultats obtenus par les partisans de l'une et de l'autre manière de voir et de faire, je continuais en disant : « Ainsi, « aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réa- « lisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai « signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits « soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi « sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opéra- « qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

« Resterons-nous toujours en face de cette cruelle « alternative ? Serons-nous longtemps encore condamnés à « ce supplice qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, « de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la

(1) Leçon faite le 7 décembre 1892.

(2) De la symphyséotomie. Leçon faite le 7 décembre 1891, publiée dans les *Annales de gynécologie*, le 15 février 1892 et présentée à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier le 15 mars 1892.

« mère les dangers encore redoutables de l'opération « césarienne ?

« J'espère que non, disais-je ; je crois que cette fatalité « peut disparaître grâce à une opération, la *symphyséotomie*, « imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en « chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois « et avec succès en 1777 sur la femme d'un soldat du guet « nommé Souchot.

« Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous de- « mandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si « grandes espérances sur le réveil d'une opération que cer- « tains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, « et dont les autres ignorent presque le nom. »

J'exposai alors les raisons qui me faisaient penser et parler ainsi, et qui ne sont autres que la solution des trois questions suivantes :

1° Peut-on, par la symphyséotomie, obtenir sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin ? quel peut être cet agrandissement ?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer ?

3° Quelles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche, et à des grossesses ultérieures ?

Enfin je terminais en disant : « Si je ne me trompe, la « symphyséotomie, qui a eu la mauvaise fortune d'être « enfantée par un homme sans autorité en accouchements, « et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujour- « d'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus « exactes que nous possédons sur les rétrécissements du « bassin, guidée par la sûreté de nos moyens d'exploration, « profitant des perfectionnements de nos techniques opéra- « toires, deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complé- « ment de l'accouchement prématuré dans bien des cas, « et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne « dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ « très restreint où elles régneront seules sans partage ».

Eh bien, Messieurs, je désire examiner avec vous si, dans l'année qui vient de s'écouler depuis le moment où je prononçais ces paroles, mes espérances ont été déçues ou réalisées. Le moment est venu d'établir notre bilan et de préciser l'actif et le passif de la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.

Tout d'abord, c'est avec une satisfaction dont je ne cherche pas à vous dissimuler la vivacité, que je vous déclare que sur dix-huit cents accouchements effectués dans l'année, *je n'ai pas pratiqué une seule fois l'embryotomie sur un enfant vivant*. Et cependant nous avons eu à lutter contre des rétrécissements du bassin en nombre considérable. Nous n'avons fait dans tous les cas que de l'obstétrique opératoire conservatrice. Mais je ne veux vous parler aujourd'hui que des cas de symphyséotomie pratiqués dans le service, et vous en montrer et faire apprécier les résultats.

13 symphyséotomies ont été pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.

8 ont été pratiquées par moi-même ;
2 — — par le Dr Varnier, professeur agrégé;
1 — — par le Dr Lepage, chef de clinique;
1 — — par le Dr Wallich, chef de laboratoire;
1 — — par le Dr Potocki, ex-chef de clinique.

J'ai pratiqué la première le 4 février; M. le Dr Potocki a pratiqué la dernière le 14 novembre.

Je vais, Messieurs, vous montrer ces treize femmes, car elles ont bien voulu consentir à revenir aujourd'hui; de cette façon vous pourrez juger, en toute connaissance de cause, des résultats immédiats et consécutifs de la symphyséotomie.

Je vais vous les présenter par ordre chronologique en vous exposant pour chacune d'elles le résumé de l'observation.

Observation I. — 4 février 1892 (Pinard).

Femme B..., 32 ans, secondipare. Bassin canaliculé; promonto sous-pubien 9,7.

1er *accouchement* : 13 juillet 1886, à terme (Maternité).

Présentation de l'épaule; procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne par M. Ribemont-Dessaignes avec l'embryotome de Tarnier.

La tête ne put être extraite qu'après basiotripsie. Cette femme est sortie 32 jours après.

2e *accouchement* : 3 février 1892; dernières règles du 1er au 6 mai 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Hydropisie de l'amnios; fœtus mobile ayant tendance à se présenter par le siège; paraissant volumineux. Le palper mensurateur accuse une disproportion considérable.

Introduction d'emblée du ballon Champetier à 7 heures 1/2 du soir, le 3 février. A minuit 1/4, la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme ; extraction du ballon; la poche des eaux est intacte. On tente à plusieurs reprises, mais sans succès, de ramener en bas, par manœuvres externes, la tête du fœtus qui se présente par le siège en droite transversale.

M. Pinard se décide alors à faire l'extraction par les pieds après symphyséotomie préalable. A minuit 50, commencement de l'incision. Après symphyséotomie, écartement spontané de 1 cent.

A 1 heure 15, rupture artificielle des membranes et commencement de l'extraction ; à 1 heure 20, le siège est hors de la vulve ; à 1 heure 24, extraction de la tête par la manœuvre de Champetier, extraction difficile, accompagnée de deux ressauts dont le dernier est le plus marqué. L'écartement n'a pas été mesuré. Délivrance.

A 1 heure 45, la suture est faite et le pansement fixé par une ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3350 grammes et mesure 52 cent.

Il est en état de mort apparente, mais ne tarde pas à être ranimé par simples frictions et à crier.

Enfoncement du pariétal postérieur, le droit, siégeant au lieu d'élection, profond et tel que tandis que le diamètre bi-

pariétal mesure 9 cent. 8, le diamètre qui va du fond de la dépressiou à la bosse pariétale antérieure mesure 8 cent. 9 seulement.

Enfant mort le 6 février à 6 heures du soir (3e jour) ayant présenté les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée. Tête conservée au Musée.

Suites de couches normales; une seule fois, le 5e jour, la température a atteint 38°,2. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 23 février (21e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Observation II. — 22 février 1892 (Pinard).

Femme G..., primipare. Bassin aplati, promontoire accessible (Pinard).

Dernières règles du 10 au 12 mai 1892. A terme.

Entrée à Baudelocque à 9 h. 1/4 du soir, le 24 février, la dilatation étant comme 1 franc; membranes intactes, tendues.

Le fond de l'utérus remonte à 47 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Gros œuf. Présentation du sommet non engagé en gauche transversale. Enfant vivant.

Rupture artificielle des membranes à 10 h. 1/4 du soir, le 24 février; 400 grammes de liquide.

Dilatation complète à 4 h. 1/2 du matin, le 25 février. La tête est fixée mais non engagée.

A 7 h. 1/2 du matin, l'engagement ne se faisant pas malgré de bonnes contractions. M. Lepage, répétiteur, fait sous le chloroforme une première application de forceps (1). Tractions pendant 15 minutes sans résultat.

(1) Toutes les applications de forceps dont il s'agit dans ces observations ont été faites suivant la méthode préconisée par moi, c'est-à-dire qu'on s'est toujours proposé de prendre la tête régulièrement en plaçant une cuillère en arrière devant le promontoire et l'autre en avant, derrière la symphyse. Le forceps employé est, ai-je besoin de le dire, le forceps de Tarnier.

A 8 h. 4, seconde application de forceps. Tractions pendant 3 minutes seulement; aucun progrès.

M. Pinard prévenu arrive à 9 h. 1/2. Chloroforme.

Symphyséotomie (19 minutes) donnant immédiatement après la section et spontanément un écartement de 1 cent., que l'abduction des cuisses porte sans difficulté à 3 centimètres.

3e Application de forceps et extraction extrêmement facile en 4 minutes, d'un garçon vivant de 4630 grammes, mesurant 53 c. 1/2 et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	14c,3.	S.O.F.	11c,3.
O.F.	12c,7.	*Bipariétal*	9c,3.
S.O.B.	10c.	Bitemporal	8c,7.

Pendant l'engagement et la descente de la tête l'écartement du pubis a été porté à 6 centim. 1.

L'enfant pèse le 15 mars, 5970 gr.

Suites de couches normales ; 4 fois seulement les 3e, 5e, 10e et 14e jour, la température a atteint 38°. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 30 mars (33e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant, actuellement en nourrice.

Observation III. — 23 mars 1892 (Pinard).

Femme P..., 30 ans, IVpare. Bassin annelé. Diam. prom.-sous-pub. 9c.

1er *accouchement*, en 1887 (Maternité de Lyon), à terme. Intervention après éthérisation. Enfant mort-né.

2e *accouchement*, en 1888 (Maternité de Lyon), provoqué à 8 mois. Enfant mort le 3e jour.

3e *accouchement*, en avril 1890 (Charité de Lyon), à terme. Application de forceps faite par M. Fochier qui put extraire un garçon pesant 3220 gr., mais dont le diamètre biparié-

tal ne mesurait que 7 centim (1). Mort au bout de 15 jours, en nourrice.

4[e] *accouchement*, 23 mars 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 30 juin au 2 juillet 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36[c] au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du sommet en G. T. (après version externe et ceinture).

Introduction du ballon Tarnier le 21 mars à 10 h. 50 du matin; expulsion à 1 h. de l'après-midi.

23 mars, à 5 heures du matin, introduction du ballon Champetier.

A 11 heures du matin, dilatation complète ; extraction du ballon sous le chloroforme ; rupture des membranes.

Au bout d'une heure (midi 1/4) M. Fochier fait successivement deux applications obliques du forceps Tarnier ; puis M. Pinard fait une application directe, le tout sans succès.

A midi 40. Symphyséotomie (7 minutes).

Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent. ; par abduction des cuisses l'écartement est porté à 4 cent. 8.

A midi 50. 4[e] application de forceps, pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 1/2.

1 heure. Extraction d'un garçon de 2730 grammes dont les diamètres céphaliques mesurés immédiatement après la naissance sont :

O.M.	12[c],7.	*Bipariétal.*	9[c],7.
O F.	11[c],8.	B. T.	7[c],9.
S.O.B.	10[c],4.	S. M. B.	9[c],5.
S.O.F.	10[c],6.		

Né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé, l'enfant pèse, le 15 mars, 3000 grammes et est en parfait état.

Suites de couches normales. Réunion par 1[re] intention.

L'opérée se lève le 29[e] jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

---

(1) Observation communiquée par M. le P[r] Fochier.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant (revu le 7 décembre).

Ces trois femmes ont été présentées à l'Académie de médecine dans sa séance du 21 mai 1892, et j'ai lu le résumé de ces trois observations à la réunion de la Société obstétricale de France.

OBSERVATION IV. — 3 mai 1892 (VARNIER).

Femme R..., 26 ans, IVpare. Taille $1^m,46$. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, $9^c,8$.

1er accouchement en 1886 (Clinique de la rue d'Assas), terminé par embryotomie après deux jours de travail.

2e accouchement en 1887 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), provoqué à 8 mois environ, terminé par version à la dilatation complète (tête avec procidence du cordon, des mains et d'un pied). Fille en état de mort apparente, ranimée sans insufflation, pesant 2400 gr., morte le lendemain.

3e accouchement en 1890 (Maternité de Tenon, service de M. Champetier de Ribes), provoqué à 8 mois, terminé par basiotripsie.

4e accouchement, 3 mai 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 3 au 5 août 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 29 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Champetier le 3 mai à 5 heures 40 du matin; à 10 heures 1/2 matin dilatation complète, poche intacte, sans procidence, tête en gauche transversale, non engagée.

A 11 heures 48, symphyséotomie par M. Varnier (7 minutes). Écartement spontané de deux travers de doigt (3 cent.).

Rupture artificielle des membranes et à 11 heures 48 application de forceps en gauche transversale. Extraction facile (pendant laquelle l'écartement n'augmente que d'un demi-travers de doigt) d'un garçon de 2130 gr. dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	15^c,4	S.O.F.	9^c,8.
O.F.	11^c,1	*Bipariétal*	8^c,2.
S.O.B.	9^c,3	Bitemporal	7^c,5.

Né en état de mort apparente, mais ranimé en 2 minutes sans insufflation, cet enfant paraît chétif. Il est mis dans une couveuse à 36°. Le respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose. Ne tete pas mais prend et garde le lait qu'on lui donne à la cuillère.

4 mai. Même état. Respiratiou accélérée ; la cyanose persiste. Le lait est rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie faite à 6 heures du soir.

Poids du cadavre, 1950 gr. Tous les viscères paraissent sains. La tête a été préparée par Tramond et est conservée au Musée. Aucune fracture ou fissure. Os wormiens.

Suites de couches, pathologiques ; abcès de la grande lèvre gauche, incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur ; sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Observation V. — 29 mai 1892 (Pinard).

Femme A..., 38 ans, VIpare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,3.

1er accouchement en 1885 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'enfant vivant après 73 heures de travail et une application de forceps faite par M. Pinard. Poids de l'enfant, 3 kil. 520 gr.

2e accouchement en 1887 (Clinique de la rue d'Assas, M. Pinard), provoqué à 7 mois 1/2. Enfant mort pendant le travail.

3e accouchement en 1888 (Maternité de Lariboisière, M. Pinard), provoqué à 7 mois, terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Garçon de 2200 gr., mort dans la nuit. Bipariétal 8,6.

4e et 5e grossesses (1890 et 1891), avortements de 2 mois 1/2 et 3 mois.

4e accouchement, 29 mai 1892, à la Clinique Baudelocque.

Dernières règles du 14 au 17 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Vu les antécédents, M. Pinard décide d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Début du travail le 28 mai à 5 heures du matin (rupture prématurée des membranes); dilatation complète le 29 à 6 heures du matin.

A 10 h. 10, symphyséotomie par M. Pinard (10 minutes). Écartement spontané de 2c,5.

A 10 h. 38, application de forceps en gauche transversale. Extraction facile à 10 h. 40 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3110 gr., criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,2	S.O.F.	10c
O.F.	11c,5	B.P.	9c,1
S.O.B.	10c	B.T.	8c,2

Allaité par sa mère d'abord aidée par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie le 31e jour 3850 gr.

Suites de couches normales ; 2 fois seulement 38°, le 2e et le 7e jour. Réunion par première intention.

Se lève sans autorisation le 16e jour sans éprouver aucune gêne; sortie le 30 juin (31e jour) en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (revu le même jour).

OBSERVATION VI. — 29 juin 1892 (PINARD).

M. F..., 32 ans, primipare. Taille 1 m. 35. Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien : 9 centim.

Dernières règles du 9 au 12 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 28 juin 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, la mensuration du promonto-sous-pubien et l'exploration de la totalité du bassin, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Tarnier, le 28, à 10 h. 1/2 du matin; du ballon Champetier à 5 h. 1/2 du matin, le 29 (rupture des membranes).

Dilatation complète à 9 h. du soir; l'extraction du ballon entraîne une déchirure latérale gauche du vestibule, nécessitant l'application de 2 pinces à forcipressure.

A 9 h. 15, symphyséotomie par M. Pinard (3 minutes); écartement de 3 cent. 5.

A 9 h. 24, application de forceps en G. T., et extraction facile à 9 h. 42 (pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 2) d'un garçon de 2720 gr., criant de suite, et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13^c	S.O.F	$10^c,3$
O.F.	11^c	*Bipariétal*	$9^c,4$
S.O.B.	10^c	Bitemporal	$8^c,2$

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15e jour, 4000 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20e jour (27 juillet), et marche sans douleurs et sans difficultés. Actuellement elle est infirmière dans le service. L'enfant, revu le 7 décembre 1892, est bien portant.

OBSERVATION VII. — 7 juillet 1892 (PINARD).

A..., 23 ans, primipare. Taille $1^m,42$. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien 10,4.

Dernières règles du 25 au 30 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 6 juillet 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard provoque l'accouchement à l'aide du ballon Tarnier remplacé le 7 juillet, à 4 heures du matin, par le ballon Champetier.

Dilatation complète à 10 heures 1/4 du matin le 7 juillet.

A 10 heures 40, après exploratipn manuelle, symphyséotomie par M. Pinard (7 minutes). Écartement spontané de 1 centim.

A 10 heures 51, rupture artificielle des membranes et application de forceps en G. T.; extraction à 11 heures 4 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 centim.), grâce à une deuxième application de forceps, la première menaçant de déraper, d'un garçon de 3300 gr., vivant, dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c	S.O.F.	12c.
O.F.	12c,2	*Bipariétal*	10c.
S.O.B.	11c	Bitemporal	9c.

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4340 grammes.

Suites de couches légèrement pathologiques (oscillations autour de 38°,5 pendant les 7 premiers jours. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 24e jour ; marche sans douleurs.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (en nourrice).

OBSERVATION VIII. — 30 juillet 1892 (LEPAGE).

M. M..., 26 ans, secondipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1887 (hospice d'Amiens), à terme, spontané, d'un enfant volumineux (?) actuellement vivant et bien portant.

2e accouchement, 30 juillet 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 1er au 5 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

A l'arrivée dans le service, le 30 juillet à 4 h. 44 du matin, la dilatation est presque complète ; le travail a débuté le 29 à 11 h. du soir, les membranes sont intactes.

A 6 h. 45 du matin, rupture artificielle des membranes.

A 7 heures, M. Lepage, répétiteur, constate : dilatation complète, tête très élevée en G. T. ; liquide vert, procubitus du cordon, bruits du cœur sourds et irréguliers.

Après une application de forceps restée infructueuse (20 minutes de tractions) M. Lepage prévient M. Pinard qui lui fait faire la symphyséotomie, à 10 heures (13 minutes); section de la symphyse de bas en haut. Écartement spontané de 26 millim.

Application de forceps et extraction facile à 10 h. 18 (extraction pendant laquelle l'écartement a été porté à 5 cent.) d'un garçon de 4000 grammes, né en état de mort apparente, insufflé, ranimé 10 minutes après et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	$13^c,1$	S.O.F.	$11^c,3$
O.F.	$11^c,5$	*Bipariétal*	$9^c,5$
S.O.B.	$9^c,8$	Bitemporal	$8^c,7$

Allaité par une nourrice, l'enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4090 grammes.

Suites de couches pathologiques. Abcès de la grande lèvre droite, incisé et drainé le 10e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la guérison s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 30e jour. Sort le 5 novembre en parfait état. Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation IX. — 13 septembre 1892 (Varnier).

Femme B..., secondipare. Taille $1^m,39$. Bassin rachitique annelé.

Diamètre promonto-sous-publien, $9^c,2$.

1er accouchement en 1889 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'en-

fant mort. Femme apportée en brancard, dilatation complète membranes rompues, procidence du cordon et du bras antérieur. Tête non engagée en G. T. M. Varnier dut faire deux broiements ; l'extraction ne devint néanmoins possible qu'a près rétropulsion du bras antérieur et il fallut pratiquer la manœuvre de Ribemont pour extraire le tronc. Poids de l'enfant, 3350 grammes.

2ᵉ accouchement, 13 septembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 10 au 15 décembre 1891.

A l'entrée dans le service, le 26 juillet, grossesse de 7 mois environ. Enfant vivant, sans présentation fixe ; la tête est maintenue en bas à l'aide de la ceinture eutocique à partir du 15 août. Dès ce moment le palper mensurateur montre qu'il y a disproportion.

M. Pinard partant en vacances laisse à M. Varnier le soin de fixer la date à laquelle sera pratiquée la symphyséotomie ; M. Varnier décide d'attendre le terme.

Début du travail le 12 septembre 1892, à 7 heures du soir.

La dilatation est complète le 13, à 5 heures 40 du soir.

A 5 heures 40, symphyséotomie par M. Varnier (6 minutes). Écartement de 3 cent. 5 provoqué par abduction des cuisses. A ce moment, rupture spontanée des membranes.

A 5 heures 49, application de forceps en G. T. Extraction à 5 heures 55 (pendant laquelle l'écartement est porté à 7 cent.) d'un garçon de 3,200 grammes, criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	12ᶜ,5	Bitemporal	8ᶜ,5
S.O.B.	9ᶜ,8	Circonf. S.O.B.	34ᶜ
S.O.F.	11ᶜ,4	— S.O.F.	36ᶜ
Bipariétal 9ᶜ,5			

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse 3630 grammes à sa sortie le 16 octobre.

Suites de couches : 3 fois seulement les 3ᵉ, 4ᵉ, 5ᵉ jours la température a atteint 38°,5. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 19ᵉ jour, marche seule et sans douleurs.

Et cependant il faut noter que, au cours de l'extraction, il s'était produit, à gauche de l'urèthre, intact ainsi que le montra le cathétérisme, une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du vagin permettant de conduire, par le vagin, l'index entre les pubis écartés. La plaie opératoire communiquait avec le vagin qui fut tamponné à la gaze iodoformée laissée en place pendant 3 jours.

Sort en parfait état le 16 octobre. Pas de mobilité anormale, pas de troubles de la miction ni de la marche ; cicatrice vaginale nettement perceptible au toucher, non douloureuse.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (revu le même jour).

OBSERVATION X. — 1er octobre 1892 (PINARD).

A. F..., 25 ans, secondipare ; bassin plat. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent.

1er accouchement en 1891 (Clinique Baudelocque). Albuminurie et éclampsie.

Accouchement gémellaire. Extraction par les pieds. Enfants vivants, morts l'un à 14 jours, l'autre à 4 mois pesant l'un 2300 gr. (bipariétal 8c,5), l'autre 1980 gr. (bipariétal 8c,4).

2e accouchement, 1er octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 15 au 18 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Début du travail le 29 septembre à 7 heures du soir. A 9 heures du soir, le 1er octobre, la dilatation restant stationnaire depuis 12 heures (5 francs), les membranes étant rompues, la tête nullement engagée, très inclinée sur le pariétal postérieure, intermédiaire à la flexion et à l'extension, M. Varnier applique un ballon Champetier et, lorsque la dilatation est complète, après extraction du ballon distendu au maximum, fait une application de forceps en gauche transversale qui ne fait qu'accuser la déflexion. Il fait alors une deuxième application de flexion (forceps à l'envers) ; la flexion est obtenue, mais malgré de solidestractions, l'engagement ne

se produit pas. Ne voulant pas faire une application de force, M. Varnier va chercher M. Pinard qui, à 10 h. 50, les choses étant toujours au même point, pratique la symphyséotomie (12 minutes).

Écartement immédiat de 3 centimètres.

A 11 h. 9, application de forceps en gauche transversale et extraction facile (pendant laquelle l'écartement est porté à $4^c,5$) d'un garçon de 3220 grammes, criant de suite, dont les diamètres céphaliques sont :

S.O.B.	$9^c,3$	Bitemporal	$7^c,8$
S.O.F.	$10^c,6$	Circonf. S.O.B.	31^c
Bipariétal	9^c	— S.O.F.	32^c

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, 3420 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et très bien ; sort le 6 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

OBSERVATION XI. — 6 octobre 1892 (PINARD).

A. B..., 28 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent.

1er accouchement en 1889 (Maternité), à terme, terminé par une application de forceps. L'enfant a succombé le 27e jour, de convulsions, portant encore les traces de l'application de forceps.

2e accouchement, 9 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 26 au 29 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail, le 5 octobre à 3 h. du matin. Rupture spontanée des membranes à 7 h. 20 du soir. Dilatation complète à 11 h. 55 du soir. Application de forceps en gauche transversale au détroit supérieur, par M. Wallich qui, malgré des tractions énergiques, ne peut engager la tête.

Après avoir pratiqué le toucher manuel, M. Varnier ne voulant pas faire une seconde application qui serait une application de force, prévient M. Pinard. Celui-ci, exactement renseigné sur l'état de la mère et de l'enfant, conseille d'attendre encore.

A 10 h. du matin, la température étant à 38°,8, et les choses étant toujours au même point, M. Pinard pratique la symphyséotomie en présence du professeur Krassowski (2 minutes). Écartement immédiat de 3 cent.

Application de forceps en G. T. Extraction facile à 10 h. 25 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 8) d'un garçon de 3750 gr., né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,6	B.T.	7c,9
O.F	11c	S.O.B.	10c,3
B.P.	8c,4	S.O.F.	11c,5

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15 novembre, 4810 gr.

Suites de couches : La température a oscillé autour de 38°, sans dépasser 38°,5, pendant les 12 premiers jours.

Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 29 octobre (23e jour) et sort le 15 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation XII. — 21 octobre 1892 (Wallich).

M..., tertipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5

1er accouchement en 1886, spontané, à terme, enfant vivant.

2e accouchement, spontané en 1889 ; enfant volumineux, mort pendant le travail.

3e accouchement, 21 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 4 au 8 janvier.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail le 19 octobre à 8 heures du soir; rupture spontanée des membranes à 1 heure du matin le 20.

A la visite le matin, 20 octobre, M. Varnier constate que la tête qui se présente en G. T., non engagée, en attitude intermédiaire à la flexion et à l'extension, est inclinée sur le pariétal antérieur (obliquité de Nægelé). Fœtus volumineux. Dilatation comme 5 francs. Pronostic impossible, vu l'obliquité de Nægelé, la déflexion, le rétrécissement du bassin et le volume du fœtus. Si les choses ne se corrigent pas d'elles-mêmes, inutile et dangereux d'appliquer le forceps; on fera la symphyséotomie d'emblée si la tête ne s'engage pas d'elle-même.

A 5 heures, la dilatation est complète.

A 10 heures du soir, l'exploration manuelle montre que la tête n'a pas bougé d'une ligne.

A 11 heures 50, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie par M. Wallich, répétiteur. Écartement immédiat (à 12 heures 10) par abduction des cuisses, de 2 cent. 5. Une première application de forceps (12 heures 15) ayant dérapé et le cordon ayant fait procidence, M. Varnier fait une seconde application rapide en flexion. Extraction à 12 heures 20 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4 cent. 5) d'un garçon de 3650 grammes, né en état de mort apparente, qui commence à respirer à 12 heures 27, et ne pousse son premier cri qu'à 12 heures 31.

Les diamètres céphaliques sont:

O.M.	13c,5	*Bipariétal*	9c,5
O.F.	12c,3	Bitemporal	7c,9
S.O.B.	10c,4	Circonf. S.O.B.	33c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	35c

Cet enfant, allaité par une nourrice, pèse actuellement 4610 gr.

Suites de couches : 38°,5 les 5e, 6e et 7e jours. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 29 octobre.

L'opérée se lève le 8 novembre (le 19e jour), marche bien et sans douleurs jusqu'au 16 novembre. Ce jour-là, 38°,4 et

le lendemain apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche pour laquelle elle est encore actuellement en traitement à la clinique Baudelocque.

Observation XIII. — 13 novembre 1892 (Potocki).

M. F..., 38 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1880 (Maternité), à terme, céphalotripsie.

2e accouchement, 13 novembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 18 au 22 février 1892.

Présentation du siège transformé par manœuvres en externes O. I. D. T.

Début du travail le 11 novembre, à 11 heures du soir; rupture spontanée des membranes à minuit.

Dilatation complète le 13 novembre, à 8 heures du matin.

Vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie d'emblée à 9 heures du matin, par M. Potocki (9 minutes). Écartement spontané de 3 centim.

A 9 h. 11, application de forceps et extraction à 9 h. 23 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 7), d'une fille de 3,300, née en état de mort apparente, insufflée et ranimée ; morte à 1 heure du matin, le 4 novembre.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13,6	B.P.	9,5
O.F.	11,2	B.T.	8,4
S.O.F.	10,7		

Prise irrégulière, oblique ; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuiller antérieure, dépression qui disparut dans la soirée en même temps qu'apparaissaient des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. La tête, conservée au musée, sera décrite ultérieurement.

Suites de couches. Température oscillant autour de 38°, les cinq premiers jours.

Réunion par première intention. L'opérée se lève le 22ᵉ jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Est encore à la Clinique.

Vous venez de voir ces treize femmes et vous avez pu constater que leur état général ne laisse rien à désirer. Il ne reste chez elles comme stigmate de l'opération qu'elles ont subie, qu'une petite cicatrice à peine visible au niveau de la région pubienne. Chez toutes, le bassin est aussi solide qu'avant l'opération. Aucune ne présente de troubles du côté de la miction ni du côté de la station. Le résultat est donc aussi satisfaisant et aussi complet que possible du côté maternel.

Nous avons été moins heureux du côté des enfants, car si tous ont été extraits vivants, je n'ai pu vous en montrer que dix, aussi beaux, il est vrai, les uns que les autres ; mais les trois autres sont morts :

Le 1ᵉʳ, le 3ᵉ jour après la naissance (1ʳᵉ observation);
Le 2ᵉ, le 2ᵉ jour — — (4ᵉ observation);
Le 3ᵉ, 16 heures — — (13ᵉ observation).

Si nous recherchons la cause de la mort de chacun de ces enfants nous voyons que, pour le 1ᵉʳ, la mort a été produite par une fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête dernière.

L'écartement préalable du bassin n'était certainement pas suffisant, vu le volume de la tête et le rétrécissement pelvien. C'est là un point extrêmement important sur lequel je reviendrai.

Le 2ᵉ enfant est mort de faiblesse congénitale, car il ne présentait à l'autopsie aucune lésion. Bien que son poids fût à la naissance de 2,130 grammes, sa vitalité était rudimentaire. Son cri était faible, son ventre volumineux. Des troubles respiratoires se montrèrent bientôt et il mourut cyanosé. On ne peut ici incriminer ni l'opération ni l'opérateur. S'il y a un coupable c'est moi, car on peut m'adresser le reproche d'avoir interrompu trop tôt la grossesse. Mais j'avais été conduit à agir ainsi en raison de ce qui s'était passé lors des accouchements précédents (1ᵉʳ accouchement à terme, em-

bryotomie; 2e accouchement provoqué à 8 mois, enfant mort; 3e accouchement provoqué à 8 mois, basiotripsie). Je reviendrai également sur ce fait.

Quant au 3e enfant, il succomba comme le premier à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement spontané des pubis fût avant l'extraction de 3 centimètres, la tête s'engagea difficilement, car elle était volumineuse (diamètre B. P., 9,3), mais surtout parce que l'application de forceps avait été irrégulière (prise oblique). C'est encore là un point que nous ne devrons pas oublier tout à l'heure.

Tels sont les résultats fournis par la symphyséotomie dans cette clinique depuis le 4 février 1892.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée des faits, et bien que je veuille m'occuper spécialement de ce qui s'est passé ici, il me semble qu'il peut être intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur ce qui s'est fait ailleurs pendant ce même laps de temps et de rechercher si nous avons été suivi dans nos tentatives. Voyons donc ce qui s'est fait en France et à l'étranger.

Dès le 15 mars, M. Tarnier, en me faisant l'honneur de présenter ma leçon à l'Académie, se déclarait partisan de l'opération, après avoir vu deux de mes opérées. Le 28 juin il présentait à l'Académie une femme chez laquelle il avait pratiqué la symphyséotomie le 27 mai, avec un succès complet pour la mère et pour l'enfant (1).

M. Porak, accoucheur de la Maternité de Lariboisière, présentait également à l'Académie, le 19 juillet, une femme opérée par lui avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant (2). Une deuxième observation du même auteur est relatée dans un rapport lu à l'Académie le 6 septembre, rapport sur lequel je serai obligé de revenir dans le cours de cette leçon.

Mon collègue et ami, le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur de la Maternité de Beaujon, a pratiqué déjà quatre symphyséotomies (communication orale). Mon chef de cli-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juin 1892, p. 873.

(2) Voyez *Annales de Gynécologie.* Tome XXXVIII, p. 213.

nique a fait en ville avec un succès complet sa 2e symphyséotomie. Cette opération a été exécutée cette année trois fois déjà à Marseille (communication orale de mon collègue et ami le Dr Queirel).

J'en sais d'autres pratiquées en France, mais comme elles ne sont pas encore publiées, je n'en parle pas.

A l'étranger, Müllerheim, assistant du professeur Freund, en fit une à Strasbourg (1).

Léopold en pratiqua deux à Dresde (2) et sa conduite est bientôt suivie en Allemagne par Desiderius v. Velits (3) et Zweifel (4).

The Medical News, n° du 16 octobre, contient deux observations de symphyséotomies pratiquées l'une, la première en Amérique, par le Dr Ch. Jewett (de Brocklyn), le 30 septembre 1892; la 2e le 1er octobre par le Dr Barton Cooke Hirst.

J'ai reçu il y a deux jours une lettre du Dr Rodriguez dos Santos, m'apprenant qu'il venait de faire avec succès la première symphyséotomie au Brésil.

Enfin le *British med. Journal* rapporte dans son numéro du 3 décembre que la première symphyséotomie vient d'être pratiquée en Angleterre (5).

Si nous joignons à tous ces cas, les opérations faites en Italie par Novi, Caruso, Morisani et Truzzi, je ne serai pas éloigné de la vérité en disant que cinquante symphyséotomies au moins ont été pratiquées en 1892, année qui pourra, je crois, être appelée *année de la renaissance de la symphyséotomie.*

Il y a lieu de se demander maintenant si, en dehors des observations publiées, il y a eu des travaux scientifiques dans lesquels de nouvelles recherches soient venues infirmer ou confirmer ce que nous avions établi, et si la formule

---

(1) *Centralb. f. Gynäk.*, 1892, n° 30, p. 588.

(2) *Ibid.*, p. 586.

(3) *Centralb. f. Gyn.*, 1892, n° 40, p. 777.

(4) *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 857.

(5) Le *Centrablatt f. Gynäk.* du 10 décembre contient deux observations de symphyséotomies exécutées le 5 septembre et le 4 octobre par le Dr A. Trongreen, à Helsingfors.

géométrique du professeur Farabeuf a été contestée. Je n'en vois pas. Le professeur Morisani a publié une conférence (1) très intéressante, mais où il rappelle surtout ce qu'il avait déjà dit dans des travaux antérieurs. Caruso (2) nous a donné une statistique qui complète celle du Dr Spinelli et expose les résultats obtenus à Naples du 25 août 1887 au 7 février 1892. J'ai été heureux de voir Caruso préconiser notre manuel opératoire. Truzzi (3) en publiant son observation se livre à une étude purement théorique. Enfin Harris, in *The Remarkable Results of antiseptic symphysiotomy* (Gynecological Transactions, v. XVII, 1892), ne s'occupe que de statistique.

Nous n'avons donc à examiner que les réflexions qui accompagnent les observations publiées. Ces réflexions portent presque toutes sur le manuel opératoire et particulièrement sur la façon dont on doit attaquer la symphyse. Les uns attaquent la symphyse de bas en haut, les autres de haut en bas, et d'arrière en avant.

Quelques-uns s'efforcent de sectionner *incomplètement* la symphyse, ou si la symphyse est coupée, ils essaient de respecter le ligament sous-pubien (Léopold, Zweifel).

Quant aux moyens contentifs, on a proposé, pour favoriser la consolidation du bassin, la suture osseuse (Léopold) et différents bandages inamovibles ou pouvant être facilement enlevés pour faire le pansement.

Voilà le résumé rapide de ce qui a été fait sur la question.

Je vous demande pardon, Messieurs, j'omettais quelque-chose. Un accoucheur de Paris a lu à l'Académie de médecine, dont il est membre, un long mémoire sur la symphyséotomie. Dans cette communication se trouvent trois choses :

1° Un résumé de l'article Pubiotomie publié par le profes-

---

(1) Morisani. *Sulla Sinfisiotomia. Riforma medica,* n° 60, mars 1892.

(2) Caruso. *Contributo alla pratica della sinfisiotomia. Annali di ostetricia e Gynecologia,* t. XIV, n° 4, avril 1892.

(3) Truzzi. *Per la Riabilitazione della sinfisiotomia.* Milan, 1892, 2e semestre.

seur Bouchacourt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;*

2° Un plaidoyer en faveur de la symphyséotomie ;

3° L'annonce que, dans les deux premières symphyséotomies pratiquées par moi, j'aurais eu un accident opératoire, et que des deux enfants, l'un serait né mort.

Or de ces trois choses, les deux premières ne sont pas nouvelles, car l'article du Pr Bouchacourt est publié depuis longtemps, et d'autre part le plaidoyer venait un peu tardivement, — le 15 mars, — alors que j'avais fait ma leçon le 7 décembre de l'année précédente.

Quant à la troisième, elle est simplement fausse. Je n'ai jamais eu d'accident opératoire et je n'ai jamais extrait un enfant né mort.

Vous voyez que je n'étais pas bien coupable d'avoir oublié cette communication en énumérant les travaux sérieux faits sur la symphyséotomie. Cependant, pour ne rien omettre, je vais encore vous signaler un rapport fait par ce même accoucheur et lu à l'Académie de médecine dans la séance du 6 septembre 1892.

Vous pourrez lire dans ce rapport les lignes suivantes (in *Bulletin de l'Académie de médecine,* page 399) : « En résumé, tous les opérateurs jusqu'à présent procèdent à peu près de la même manière, qu'ils se servent de la faucille de Galbiati ou du simple bistouri boutonné. *Tous attaquent la symphyse d'arrière en avant.* »

Vous entendez bien, Messieurs, tous les opérateurs attaquent la symphyse d'arrière en avant, d'après cet auteur; ceci est écrit et même se trouve en caractères italiques dans le Bulletin officiel de l'Académie. Et alors on trouve quelques lignes plus loin, le conseil d'attaquer la symphyse d'avant en arrière, après avoir *décollé les tissus rétro-pubiens !*

Il y a un mot ou plusieurs pour qualifier cette manière d'agir ; je préfère n'en prononcer aucun, ayant hâte d'abandonner ce terrain pour revenir à mon sujet et examiner les trois questions suivantes :

1° Que nous a appris l'expérience ?

2° Quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?

3° Quels sont et quels seront ses rapports avec les autres opérations ?

1° *Que nous a appris l'expérience ?*

Nous avons appris, Messieurs, par les 13 cas qui ont été observés dans cette clinique, que les résultats obtenus sur le cadavre peuvent être obtenus de la même façon sur la femme vivante et que la formule géométrique du professeur Farabeuf est parfaitement exacte.

Nous avons appris que le manuel opératoire que nous avions conseillé, que nous avons employé et que je vous demande la permission de rappeler brièvement, rend l'opération facile et protège absolument les organes qui ne doivent pas être atteints.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, la femme doit être placée dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit résistant et de hauteur modérée, afin de pouvoir dominer du regard, tombant à pic, la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Si sur le cadavre, on peut se placer à droite pour pratiquer la symphyséotomie, sur le vivant, il vaut mieux, en raison du développement du ventre, se placer entre les jambes. C'est ainsi que j'ai toujours procédé sur le vivant. Inciser sur la *ligne médiane*, exactement sur cette ligne, les téguments et la graisse prépubienne dans une étendue de 8 centim. environ. L'incision s'arrêtant au-dessus du clitoris, séparer les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie et immédiatement au-dessus de la symphyse, pour permettre au doigt, l'index, de pénétrer dans la cavité prévésicale, et de protéger la vessie. Ce doigt joue, pour moi, un rôle capital : il protège, il renseigne. Il protège la vessie par sa face dorsale, il sent souvent le bourrelet de la symphyse (mais pas toujours, car ce dernier est quelquefois si peu accusé que sa saillie n'est pas appréciable) et alors rend

facile la section. Dès que le bistouri a pénétré dans la symphyse c'est ce doigt, sur lequel vient buter l'extrémité boutonnée de l'instrument, qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres du ligament sous-pubien. Le doigt étant ainsi dans la cavité prévésicale, inciser la symphyse de haut en bas (1) et d'*avant en arrière* par plusieurs traits de bistouri, en laissant ce dernier pénétrer là où il trouve le moins de résistance. Dès qu'on a pénétré dans la symphyse, il faut laisser le bistouri nous guider pour ainsi dire, et ne pas vouloir lui faire suivre la ligne droite d'une façon immuable.

Ne pas s'arrêter après la section de la symphyse, mais sectionner complètement le ligament sous-pubien. Pour cette section, prendre la précaution de faire introduire une sonde dans l'urèthre afin de récliner ce dernier en bas vers le côté; puis attaquer avec précaution le ligament par petits coups, en coupant pour ainsi dire fibre par fibre. Le doigt renseigne sur les progrès accomplis et, règle générale, au moment où le doigt apprend qu'il ne reste que quelques fibres, qu'une petite corde résistante, cette corde se rompt, et l'écartement spontané qui n'était que de quelques millimètres, augmente subitement et atteint deux à trois centimètres. Une prudente abduction des cuisses montre alors qu'un écartement plus considérable peut être facilement obtenu. Je ne saurais trop répéter qu'avant toute tentative obstétricale il faut s'assurer que la section est complète, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire qu'il faut que les pubis soient écartés de *quatre centimètres au moins* (2).

---

(1) Une seule fois, voyez l'observation VIII, le Dr Lepage a incisé de bas en haut, mais il n'a plus l'intention de recommencer.

(2) Si dans nos observations nous nous sommes arrêtés presque toujours au-dessous de quatre centimètres, l'expérience et les expériences nous ont démontré que l'on peut et que l'on doit aller plus loin avant toute intervention obstétricale et qu'un ecartement de quatre centimètres *au moins* est nécessaire.

Si l'abduction des cuisses ne suffit pas pour produire cet écartement, l'écarteur enregistreur que nous avons fait construire par M. Collin et que je vous montre, introduit entre les deux surfaces de section, produira facilement le résultat désiré et indispensable. Cela fait, remplir la plaie et la recouvrir avec une éponge, avec de la gaze ou de la ouate antiseptique. Vous voyez que je rejette complètement et absolument la section sous-cutanée, l'incision de la symphyse de bas en haut, et l'incision d'arrière en avant. Vous voyez surtout que je suis en contradiction formelle avec ceux qui préconisent la section incomplète ou le respect du ligament sous-pubien. Je suis convaincu que si j'avais obtenu un écartement préalable de 4 centimètres dans ma première opération, avant d'extraire le fœtus, au lieu de laisser à la tête dernière le rôle d'écarteur, j'aurais obtenu un meilleur résultat.

Cela dit pour le manuel opératoire de la symphyséotomie proprement dite, j'examine une question obstétricale et je dis : avant symphyséotomie comme après symphyséotomie il est préférable que l'enfant se présente par le sommet. Une application de forceps est préférable à une extraction par les pieds. Telle est ma conviction.

Mais ici encore, je ne saurais trop répéter que l'application de forceps doit être une application de forceps régulière. Introduisez donc la main assez profondément pour placer votre première cuiller directement en arrière au niveau de la région pré-auriculaire ; si la tête est défléchie, fléchissez-la au préalable avec la main, rien n'est plus facile ; cela fait, introduisez l'autre branche sans déplacer ni la première ni la tête. Rappelez-vous que si les deux cuillers introduites et placées ne sont pas sur le même plan, si vous êtes obligés de faire des efforts pour articuler, vos cuillers sont mal placées, votre tête est mal prise, et tout à l'heure en tirant, vous allez sans vous en douter, faire subir localement à la tête des pressions énormes et provoquer des fractures, — vous vous rappelez ce qui s'est passé dans notre 13e observation. Donc, *nécessité absolue d'une application de forceps régulière*

sur une tête fléchie, après comme avant symphyséotomie.

De même qu'après la section de la symphyse, je préfère intervenir et ne pas laisser aux contractions seules le soin d'expulser le fœtus, de même, après l'extraction du fœtus, je ne prolonge pas la période de délivrance. Si après un quart d'heure le placenta n'est pas décollé, je pratique la délivrance artificielle, car la femme, sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, est exposée à perdre plus de sang, et il est nécessaire de continuer l'anesthésie jusqu'à la fin de la suture de la plaie.

Aussitôt après la délivrance, je fais et vous conseille de faire une injection intra-utérine. Lorsque l'eau revient claire et que l'utérus est bien rétracté, j'introduis dans le vagin de la gaze iodoformée puis je nettoie la plaie avec une éponge trempée dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0 et je procède à la suture des *parties molles*.

Les symphyses rapprochées et bien en contact, je place quatre fils d'argent profonds rasant la face antérieure du pubis et quatre superficiels ; et je recouvre le tout d'iodoforme et de gaze iodoformée.

Puis, les jambes ayant été rapprochées et maintenues à l'aide d'un lien quelconque, la femme est placée ici soit dans le lit que j'ai fait faire et que je vous montre — lit qui permet à l'aide de ses deux tampons latéraux et concaves de maintenir constant le rapprochement des os du bassin — soit dans une gouttière de Bonnet. Si cela est possible dans une maternité, cela peut être impossible dans la pratique ordinaire, aussi je crois que le simple rapprochement des jambes avec un bandage de corps bien appliqué et bien serré au niveau du bassin, ou un bandage plâtré, comme je l'ai fait pour ma première opérée, sont parfaitement suffisants.

La supériorité de mon lit ou de la gouttière de Bonnet consiste dans la facilité avec laquelle le corps tout entier peut être soulevé sans déterminer le moindre mouvement du côté du bassin.

Le 8e jour les fils doivent être enlevés, et à ce moment les

femmes se retournent déjà dans leur lit avec facilité et sans douleur. Si une de nos femmes s'est levée à notre insu le 14[e] jour sans qu'il en soit résulté le moindre accident, je crois prudent de ne les faire lever que vers le 20[e] jour. Telle est la meilleure conduite à tenir selon moi pendant et après l'opération.

L'expérience m'a démontré que je ne m'étais pas trompé lorsque je disais il y a un an : « M. le D[r] Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. *Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr* ». La section de la symphyse à ciel ouvert, de haut en bas et d'avant en arrière, qu'on peut appeler le *procédé français*, est une opération qui ne nécessite nullement un appareil instrumental compliqué.

Un bistouri à lame courte, solide et mince et un bistouri boutonné sont absolument suffisants. Mais je ne saurais trop vous recommander d'avoir à votre disposition une scie à chaîne et l'écarteur enregistreur. La scie à chaîne sera votre ressource ultime si vous ne pouviez par hasard sectionner la symphyse. On a dit que dans certains cas la symphyse était ankylosée ; cela peut être, car je n'ai pas la prétention d'avoir tout vu, mais tout ce que je puis vous affirmer c'est que j'ai sectionné la symphyse sur plus de 100 cadavres de femmes âgées sans avoir jamais rencontré d'ankylose.

L'écarteur enregistreur vous servira surtout à suivre les progrès de l'écartement pendant l'extraction. Nous avons vu dans plusieurs de nos observations l'écartement dépasser 6 centim., et dans ces cas la consolidation du bassin se faire aussi bien et aussi vite que dans les cas où l'écartement n'avait pas dépassé 4 centim.

Je crois qu'il serait imprudent de dépasser 7 centim., et qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction et faire immobiliser le bassin lorsque l'aiguille commence à dépasser 6 centim. Et si j'insiste sur ce point, c'est bien moins dans la

crainte de produire des lésions au niveau des symphyses sacro-iliaques, que dans le but d'éviter des lésions des parties molles au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. Nous n'avons jamais observé de lésions ni de l'urèthre ni de la vessie ; mais dans trois cas (voyez les obs. VI, IX, XI), nous avons reconnu, après l'extraction, une petite déchirure vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas au moins avec la plaie opératoire. Ces déchirures guérirent rapidement et sans sutures, mais de semblables solutions de continuité pourraient être le point de départ de lésions plus étendues, plus profondes et par cela même beaucoup plus graves.

Voilà, Messieurs, ce que nous a appris notre expérience.

J'arrive à la seconde question : *quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?*

Aujourd'hui l'on peut dire que non seulement la symphyséotomie est ressuscitée, mais encore qu'elle doit tenir une des premières places parmi les opérations obstétricales.

Elle doit tenir, dis-je, une des premières places, parce qu'elle est surtout et avant tout une opération conservatrice. Elle ne lèse et ne doit léser aucun organe important de l'organisme maternel. Elle peut et doit soustraire l'enfant à toutes lésions graves. Est-ce à dire que les statistiques n'enregistreront pas de décès maternels ou fœtaux ? Assurément non. Mais ira-t-on incriminer l'opération dans tous ces cas ? On pratiquera la symphyséotomie sur des femmes ayant déjà subi des applications de forceps et déjà infectées ; ces femmes succomberont. Auront-elles succombé de par la symphyséotomie ? Non. L'embryotomie ou l'opération césarienne n'auraient pas donné de meilleurs résultats. Je ne me fais pas d'illusion, je serai combattu et traité d'enthousiaste ; mais en attendant que l'on me démontre qu'une femme est morte uniquement de et par la symphyséotomie, je persiste dans ma conviction.

J'ai eu la joie de voir mon maître, M. Tarnier, appuyer la symphyséotomie de sa grande autorité. J'ai eu la joie non moins vive de voir le grand césarien, le professeur

Léopold, adopter et mettre en pratique notre manière de voir. Je vois que nombre de nos collègues, de nos confrères pensent et agissent comme nous. Cela me suffit. Je laisse aux faits le soin d'entraîner ou de convertir les autres.

Il nous reste à examiner la troisième question : *Quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales ?*

Elle en aura de bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu. Nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar !

L'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique, deviendra de plus en plus rare. Elle trouvera encore ses indications dans les cas de tumeurs utérines ou autres remplissant l'excavation ; mais heureusement combien ces cas sont peu nombreux ! Et encore, dans quelques-uns, la symphyséotomie pourra-t-elle trouver son indication. C'est ainsi que mon chef de clinique le Dr Lepage a pratiqué en ville, avec succès pour la mère et pour l'enfant, une symphyséotomie dans un cas où une tumeur oblitérait en partie l'excavation.

Pour les rétrécissements du bassin, l'opération césarienne ne doit plus reconnaître comme indication qu'une *indication absolue.*

Messieurs, ces bassins à indication absolue sont tellement rares que vous avez toutes les chances pour n'en rencontrer jamais.

Si les rapports de la symphyséotomie avec l'embryotomie fœticide et l'opération césarienne sont faciles à délimiter, la tâche n'est pas encore aussi aisée, quand il s'agit d'établir les rapports de la symphyséotomie, d'une part avec l'accouchement provoqué, d'autre part avec les applications de forceps.

Cependant on peut dire, je crois, dès aujourd'hui, que la symphyséotomie est appelée à rendre un grand service à l'accouchement provoqué. Elle nous évitera de pratiquer désormais des accouchements *provoqués par trop prématurés*

La crainte de l'obstacle, de la filière pelvienne rétrécie, ne hantera plus autant nos esprits, et sachant que nous avons la faculté, j'allais dire la facilité d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme que la vitalité du fœtus, que son aptitude à vivre de la vie extra-utérine soient certaines.

Le point délicat et qui ne sera jugé que par une longue expérience, par un nombre considérable de faits bien observés est le suivant : vaut-il mieux provoquer un accouchement à 8 mois, comptant sur un accouchement spontané, que d'attendre la déclaration du travail spontané et tempestif et de pratiquer la symphyséotomie? Je ne me reconnais pas le droit de vous dire aujourd'hui quelle est mon opinion à ce sujet. J'en ai une; mais j'attends pour la faire connaître que des observations nombreuses soient venues l'appuyer ou la modifier.

Si la symphyséotomie doit faire disparaître l'accouchement provoqué trop prématuré, elle doit faire disparaître également *toute application de forceps dite de force.* Que de fois, dans la crainte de pratiquer l'embryotomie et dans l'espoir d'extraire un enfant vivant, n'avons-nous pas, n'ai-je pas, pourrais-je dire, exercé des tractions aussi fortes que longues et dont le résultat n'était autre chose qu'une céphalotripsie déguisée !

La symphyséotomie doit faire abandonner à tout jamais ces tractions meurtrières.

Quand une application de forceps régulière n'aura pu faire engager la tête après des tractions modérées, une seule chose est à faire : retirer l'instrument et pratiquer la symphyséotomie, comme je l'ai fait chez ma deuxième opérée dont le bassin n'étant pas vicié par le rachitisme était peu au-dessous de la normale, mais dont l'enfant était extrêmement volumineux,

Vous voyez, Messieurs, l'influence déjà exercée par la symphyséotomie sur la plupart des opérations obstétricales. Vous voyez son rôle bienfaisant s'exerçant et devant s'exercer sur presque toutes les viciations pelviennes : bassin simplement petit ou aplati, bassin vicié par le rachitisme, c'est-à-dire bassin vicié au détroit supérieur, bassin vicié au détroit

inférieur, celui-ci gagnant plus que le détroit supérieur par la symphyséotomie. Il ne reste guère après cela que les bassins asymétriques et surtout les bassins obliques ovalaires avec synostose d'une symphyse sacro-iliaque.

Ici, Messieurs, la symphyséotomie perd la moitié ou la totalité de ses droits, cela est vrai ; mais je suis heureux de vous dire qu'on peut dans ces cas pratiquer avec succès une opération conçue, imaginée et réglée par le professeur Farabeuf, l'*ischio pubiotomie* que j'ai faite pour la première fois le 9 novembre dernier et dont j'aurai l'honneur de vous entretenir dans une prochaine leçon.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER UTÉRIN (suite) (1)

Hystérectomie vaginale pour prolapsus et pour cancer. Société médico-chirurgicale de Bologne, par BIONDI. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milan, mars 1890, p. 287.

Le professeur Biondi a opéré ce prolapsus par l'hystérectomie vaginale parce que l'hystéropexie ne lui paraît pas toujours inoffensive. La crainte de voir les autres viscères faire hernie par la cicatrice du vagin lui paraît fondée, car il se rappelle un cas où la masse intestinale s'était insinuée dans le vagin et sortait par la vulve. P. MAUCLAIRE.

Carcinome d'un utérus prolabé, par EMMERICH ULLMANN. *Wien. med. Presse*, 1889, nº 50, p. 1969.

Chez une femme de 81 ans atteinte à la fois de prolapsus utérin, uréthral et rectal, Ullmann observa un carcinome utérin. Le prolapsus datait de 20 ans, le cancer de 6 mois. L'hystérectomie, faite malgré le grand âge de la malade à cause des douleurs vives dont elle souffrait, fut des plus faciles et sans perte de sang.

H. H.

Carcinome utérin ; hystérectomie supra-vaginale ; guérison, remarques. (Carcinoma uteri ; supra-vaginal hysterectomy ; Recovery, remarks), par E. STANMORE BISHOP. In *Lancet*, London, 1890, I, p. 130.

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.* novembre 1892, p. 390.

Observation intéressante parce qu'on vit apparaître six semaines après l'opération une hémorrhagie menstruelle absolument typique. Dans plusieurs autres cas, Mayo, Robson, Geathead et Lawson Tait ont noté le même phénomène. J.-L. FAURE.

Hystérectomie vaginale. (Vaginal Hysterectomy), par E. E. MONTGOMERY, de Philadelphie. *Amer. J. of Obst.*, mai 1889, p. 1157.

Bien avant Freund, qui, en 1878, recommanda l'ablation de l'utérus malade, Andréas Cruce est probablement le premier, en 1560, qui ait exécuté cette opération, Gutberlet, en 1814, obtint un prix pour un memoire sur ce sujet. En 1822, Sauter fit l'ablation de l'utérus par le vagin ; Langenbeck, Blondell, Récamier, l'imitèrent; West réunit 25 opérations, avec une mortalité de 22 opérées.

La mortalité heureusement a diminué, puisque M. Hache (*Rev. Sc. méd.*, XXIX, p. 721, 739) a pu réunir 495 opérations, qui n'ont donné que 24,29 0/0 de morts (1), 26 seulement des opérées étaient bien au bout de 2 ans.

Rewes Jackson (Congrès de Washington, 1887) n'est pas partisan de l'hystérectomie; Montgomery ne partage pas sa défiance. Il décrit son procédé dans la description duquel je ne puis le suivre.

Puis il raconte 3 cas. L'une des opérées était bien au bout de 10 mois. Il ne dit rien de la sortie de la seconde, opérée en février 1889. La troisième mourut le 7e jour, de tétanos, après avoir joué avec son chien.

Montgomery conclut :

1° L'hystérectomie est la seule opération justifiable dans les cas de cancer limité à l'utérus.

2° Faite avec les précautions nécessaires, elle n'est pas plus dangereuse que l'ovariotomie; elle doit être chaudement recommandée.

3° Il faut la faire aussitôt que le diagnostic est posé. « *S'il y a doute, la malade doit en avoir le bénéfice, il faut enlever la zone.* »

4° On doit arrêter l'hémorrhagie avec les pinces ou le clamp.

A. C.

Douze hystérectomies vaginales. Observations et réflexions. (Dodici isterectomie vaginali per carcinoma, osservazioni e considerazioni), professeur L. MANGIAGALLI. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1890, p. 1.

L'auteur décrit tout d'abord sa technique opératoire, et il donne

(1) Dans cet article, Hache cite LANGENBECK et non LANGENBUCH. Je n'ai pas sous la main les éléments nécessaires au contrôle du nom (A. Cordes).

la préférence à la ligature des ligaments larges, qu'il trouve facile. Contrairement à Hofmeier, il laisse les ovaires dans la plupart des cas. Mangiagalli rapporte ensuite ses douze observations suivies toutes de succès.

Abordant ensuite les indications de l'opération, il pense avec Ruge, Veit, Schrœder que la nature du cancer importe peu, ce qu'il faut préciser c'est la topographie, le point de départ du cancer; il admet la classification de Ruge en cancer de la portion vaginale du col, cancer de la muqueuse du col et cancer du col. Barraud a reproduit aussi la même classification, car il admet la forme superficielle, la forme cavitaire et la forme parenchymateuse. Or, ces différentes formes n'évoluent pas de la même façon. La forme superficielle peut permettre l'ablation superficielle du viscère; les deux autres nécessitent l'hystérectomie totale.

Mangiagalli rappelle ensuite les statistiques intéressantes d'Hofmeier et de Pawlick au point de vue de la récidive, et les nombreux cas rapportés à la Société de chirurgie de Paris en 1888. Il rappelle qu'Abel a, le premier, insisté sur des *altérations étendues et éloignées de la muqueuse du corps dans le cas de carcinome paraissant limité au col*, lésions qu'il considérait comme de nature carcinomateuse tandis que Eckardt, Fränkel, Orthmann, Olshausen, Veit et Ruge les regardent comme de simples lésions inflammatoires. Mais Landau et Waldeyer ont confirmé l'opinion d'Abel.

Enfin les statistiques montrent que les cas de mort due à l'opération diminuent tous les ans, et que l'hystérectomie totale faite de bonne heure, doit sans aucun doute être préférée à l'amputation partielle du col pour éviter autant que possible la récidive.

P. MAUCLAIRE.

Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus inopérable, et sur le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc. (Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile et sul trattamento dell' endometrite cronica col cloruro di zinco), par CURATALO. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1890, p. 78.

C'est Marion Sims et non Varker qui employa le premier le chlorure de zinc dans le cas de cancer inopérable. Varker lui avait attribué à tort une action spécifique. Curatalo l'a employé chez une malade enceinte et la grossesse ne fut pas interrompue.

Dans un autre cas, il se produisit une forte hémorrhagie après la chute de l'eschare.

Dans l'endométrite chronique, les cautérisations au chlorure de zinc ont donné de très bons résultats sans aucun accident.

P. MAUCLAIRE.

Obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale; laparotomie. (Laparotomy for intestinal obstruction following vaginal hysterectomy), par H. C. COE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, février, p. 144.

L'opérée succomba le lendemain de la laparotomie.

L'auteur regrette de ne pas avoir opéré plus tôt, mais le pouls ne battait que 102, et la température n'a pas dépassé 38°,5. Coe cite 6 cas terminés par la mort.

A. C.

Hystérectomie vaginale pour affection maligne de l'utérus. (Vaginal hysterectomy for malignant disease of the uterus), JANVRIN. *The New-York Journ. of. gyn. and obst.*, septembre 1892, p. 813.

C'est du cancer utérin que l'auteur s'occupe ; il en fait une classification d'après son siège et son mode d'extension : 1) épithélioma développé sur le col; 2) épithélioma s'étendant jusqu'à la cavité cervicale et dans cette cavité ; 3) épithélioma s'étendant jusqu'au corps de l'utérus et dans le corps de l'organe ; 4) épithélioma s'étendant jusqu'aux tissus (cellulaire et glandulaire) péricervicaux ; 5) épithélioma se propageant à la muqueuse vaginale ; 6) épithélioma s'étendant par en bas et dans ou à travers la paroi vaginale ; 7) épithélioma ou carcinome se développant primitivement sur l'endométrium ; 8)... gagnant ensuite le corps de l'utérus ; 9) enfin, les annexes de l'utérus.

Les variétés 1), 2), 3), 5), 7) et 8) sont manifestement justiciables de l'hystérectomie, et l'on est autorisé à espérer l'absence de récidive. Les variétés 4) et 6) constituent déjà une indication moins nette à cette opération ; quant à la dernière, elle éveillera bien difficilement l'idée de l'hystérectomie. En ce qui concerne les cas où le processus cancéreux s'est, à travers le vagin, propagé à la vessie et au rectum, l'auteur, sans la condamner formellement, ne se rallie pas à la proposition de Mickulicz, que « *il ne faut pas craindre d'attaquer largement rectum et vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie* ». Par contre, quand le processus n'a fait que toucher la muqueuse vaginale, à cette phase précoce où la nature elle-même se charge d'opposer une barrière,

provisoire du moins à l'extension du mal, l'hystérectomie est encore de mise, à condition qu'on enlève en même temps que l'utérus, une portion suffisante de la muqueuse du vagin.

Au résumé, il faut opérer dans *tous* les cas où le processus est cantonné vers l'orifice externe ou dans le col, également dans ceux où il a gagné la muqueuse vaginale, pourvu qu'il n'ait pas envahi les tissus profonds de la paroi du vagin ni les tissus cellulaires et lymphatiques; également, dans tous les cas où la maladie, primitivement développée dans l'endométrium, reste confinée dans le corps de l'utérus, et n'a atteint ni les annexes ni le péritoine.

L'auteur décrit ensuite sa technique opératoire, après avoir minutieusement insisté sur la désinfection préalable du vagin. Touchant l'opération elle-même, nous signalerons que pour l'hémostase, il préfère la méthode des ligatures à l'emploi des pinces, des clamps hémostatiques. A ce sujet, il décrit une aiguille qu'il a fait spécialement contruire, pour les cas où l'étroitesse du vagin, le peu de mobilité de l'utérus, d'élasticité des ligaments larges, etc., rendent l'application des ligatures particulièrement difficile.

R. L.

SYMPHYSÉOTOMIE

Symphyséotomie pratiquée par JEWETT. *The Med. News*, n° 16, octobre 1892, p. 432 (1).

La première symphyséotomie, faite en Amérique, a été pratiquée par Ch. Jewett (de Brooklyn), le 30 septembre 1892.

La femme, une Américaine, primipare, entra en travail le 30 septembre à 1 heure du matin. A 10 heures du matin l'occiput arrivait à la vulve, mais il y était solidement fixé par un rapprochement des ischions, qui réduisait le diamètre bi-ischiatique à 3 pouces (soit 78 millim. environ). Neuf heures plus tard, le Dr Jewett voyait la parturiente. Il fit une application vigoureuse de forceps, mais sans résultat. La symphyséotomie fut faite 2 heures 1/2 après, soit 11 heures 1/2 après l'enclavement de la tête au détroit inférieur. L'expulsion de l'enfant fut ensuite facilitée par des pressions exercées au-dessus de la symphyse tandis

(1) Il est parfaitement regrettable que cette observation soit relatée d'une façon aussi incomplète. Pas le moindre renseignement sur les diamètres de la tête fœtale, sur le degré d'écartement obtenu par la symphyséotomie, etc.

R. L.

que, simultanément, on agissait sur la tête fœtale à travers le rectum. La femme est maintenant en bonne santé. Quant à l'enfant, malheureusement il mourut 24 heures après sa naissance, des suites des compressions subies par la tête pendant son enclavement au détroit inférieur. R. L.

Symphyséotomie pratiquée par BARTON COOKE HIRST. *The Med. News*, nº 16, octobre 1892, p. 432.

X..., 29 ans, enceinte pour la première fois, est admise à la Maternité le 24 septembre. L'examen obstétrical permet de constater que l'enfant se présente par la tête, dos à droite.

Mensurations pelviennes : épines, 25 centim.; crêtes, 27 centim.; transverse, 30 1/2; conjugué externe, 18 centim.; conjugué diagonal, 9 1/2 centim; conjugué vrai, 7 3/4 centim.

Début du travail, le samedi matin, 1er octobre; les douleurs qui continuent tout le jour, redoublent le dimanche. Le lundi matin, Hirst remarque que l'anneau de contraction est très élevé, et que la tête fœtale reste mobile au-dessus du détroit supérieur. Les membranes sont intactes. Les doubles battements fœtaux sont bons. Il faut opter évidemment entre : la césarienne, la craniotomie, ou la symphyséotomie. C'est celle-ci que pratique (1) Hirst, assisté des Drs Norris et Harris.

L'enfant fut extrait avec le forceps 1 heure et 4 minutes après le début de l'opération. L'opérateur prit son temps à dessein, parce que la dilatation, au moment où il intervint, ne dépassait pas un dollar, et que dans ces conditions, il eût été dangereux d'extraire rapidement.

Diamètres de la tête fœtale : B.T. 7 1/2; B.P. 9; O.F. 12; O.M. 13 1/2; circonférence 34 centim.

Enfant et mère en bonne santé (2).

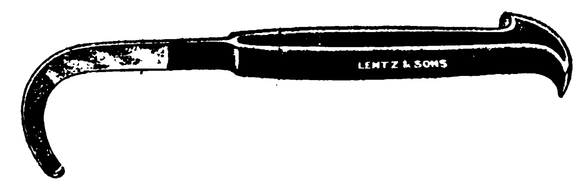
Technique opératoire. — Après désinfection du vagin, et nettoyage minutieux du champ opératoire, l'opérateur fait une courte incision verticale de la paroi abdominale, allant à environ 3/4 de pouce au-dessus de la symphyse. Les muscles droits sont désinsérés juste ce qu'il faut pour admettre un doigt. L'indicateur gauche est alors glissé au-dessous de la symphyse, puis un bistouri courbe de Galbiati (*voir la fig.*) est conduit sur ce doigt,

---

(1) Le degré d'écartement obtenu n'est pas noté.

(2) On ne dit pas au bout de combien de jours.

jusqu'à ce que son extrémité courbe arrive au-dessous et en avant de la symphyse. L'articulation est alors sectionnée de bas en haut



et de dehors en dedans. Pour éviter une blessure de l'urèthre, on introduit un cathéter à l'aide duquel on récline le canal en bas et à droite tandis que le bistouri est dirigé un peu à gauche (1).

Dès que l'articulation est incisée, la plaie est recouverte avec de la gaze iodoformée et l'enfant est extrait avec le forceps, ou l'on laisse l'expulsion se faire naturellement suivant les cas. Hirst préfère l'emploi du forceps. Il est bon durant le passage de la tête de faire exercer une contre-pression sur les trochanters, de façon à prévenir une lésion des articulations sacro-iliaques (2). Dès que l'accouchement est terminé, on suture la plaie. Le point de suture inférieur peut, si on le désire, comprendre l'extrémité de la symphyse.

La plaie réunie et pansée, des bandelettes adhésives, élastiques sont disposées autour des hanches et du bas-ventre, et le tout est assujetti par un bandage solide. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

De l'usage de l'ichtyol dans la thérapeutique des femmes. (Ueber die Anwendung des Ichthyols in der Frauenkunde), par R. Hermann (Görlitz).

Ce travail, très soigné, a pour base 150 observations recueillies à la clinique et à la policlinique de Strasbourg, ou tirées de la pratique privée de Freund. De cet ensemble important de faits, l'auteur déduit les conclusions suivantes : Si de ces 150 cas, on néglige 2 fissures du mamelon, pour lesquelles la guérison fut rapide, et 6 cas de cancer inopérable, dans lesquels il ne fut noté qu'une

(1) Hirst pense qu'il est difficile, avec cet instrument, de léser soit l'urèthre, soit le plexus veineux voisin.

(2) Voir plus haut, p. 412.

diminution de l'écoulement ichoreux, il en reste 142 d'affections inflammatoires de l'appareil génital de la femme. Sur ce nombre : 22 cas d'affections de l'utérus lui-même ou de sa muqueuse, dont 11 guérisons, 9 améliorations, 3 échecs ; 120 cas dans lesquels les tissus péri-utérins étaient affectés, dont 59 guérisons, 56 améliorations, 5 échecs. Dans ce groupe rentrent 13 exsudats périmétriques avec 9 guérisons et 4 améliorations ; en outre, 33 paramétrites chroniques sans affection péritonéale concomitante, avec 16 guérisons, 15 améliorations et 2 échecs ; enfin, 14 cas de rétroflexion adhérente dans lesquels le redressement, après traitement préalable par l'ichtyol, réussit toujours sauf dans un cas. R. L.

Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus, par CH. JANOT (Thèse Montpellier, 1892).

L'auteur a réuni sur ce sujet 86 observations. C'est presqu'une bibliographie complète.

Dans les états physiologiques de l'utérus, qu'il s'agisse de menstruation normale, de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement, de l'état puerpéral et enfin de la ménopause, l'œil peut subir les atteintes les plus diverses et les plus variées, les plus minimes et les plus graves, l'œil peut même être définitivement et irrémédiablement perdu. Toute la pathologie oculaire y passe. Il n'est pas une région de l'œil qui soit assurée de rester indemne : blépharites, conjonctivites phlycténulaires, kératites panneuses et pustuleuses, iritis séreuse, irido-choroïdites, décollement de la rétine, hémorrhagies du vitré avec accidents glaucomateux, névrite optique, hémiopie sans lésion ophtalmoscopique, amblyopie et amaurose, asthénopie accommodative, héméralopie, myopie et strabisme liés à la grossesse, et particulièrement dans l'état puerpéral, embolies septiques ou non avec toutes leurs conséquences : voilà le bilan des méfaits dont on accuse l'utérus !

Dans les états pathologiques de l'utérus nous devons nous attendre à trouver au moins les mêmes lésions, c'est ce qui ressort de nombreuses observations. Les membranes d'enveloppe de l'œil peuvent être atteintes, mais c'est surtout le tractus uvéal qui paie un large tribu, les irido-choroïdites sont en effet fréquentes. L'anatomie du tractus uvéal permettait de s'y attendre.

Ce tableau est très chargé, malgré cela nous citerons le cas récent rapporté par Valude dans les *Annales d'oculistique* (avril 1892) et qui prouve qu'à côté des atrophies optiques secon-

daires à d'autres lésions, on peut rencontrer, notamment dans la grossesse, une atrophie optique simple, idiopathique qui survient sans qu'il existe la moindre trace de rétinite, la moindre hémorrhagie, la moindre dégénérescence graisseuse des éléments rétiniens.

Pour expliquer tous ces troubles on a eu recours à plusieurs théories, que l'étroite limite de notre travail permet seulement d'indiquer sans les discuter.

S. Cohn et les anciens auteurs expliquaient tout par la congestion et l'anémie, théorie dans laquelle on peut faire entrer celle des réflexes.

La théorie de l'infection a pris rang récemment sous les auspices de de Wecker et Trousseau.

Ces théories peuvent toutes revendiquer des faits à leur actif, mais ne peuvent avoir la prétention de s'exclure mutuellement. Elles ne sont déjà pas certaines d'agir seules et de n'avoir pas besoin comme cause adjuvante mais nécessaire d'un autre élément, soit une diathèse, soit une tare quelconque de l'œil malade.

La question en est là et c'est aux observateurs modernes à s'aider de la clinique, de la pathologie générale et de la bactériologie pour élucider la pathogénie de ces affections. C'est-à-dire que tout ou presque tout reste à faire.

M. Janot a réuni les travaux faits précédemment, les a groupés avec méthode. C'est de là qu'il faut partir pour faire de nouvelles recherches, qui seront aussi les plus intéressantes. A. PÉCHIN.

Les manifestations oculaires de l'hystérie. Œil hystérique, par PANSIER, Paris, Alcan, 1892.

Dans ce travail, l'auteur étudie successivement l'œil hystérique normal, l'œil hystérique pathologique (amblyopie, kopiopie, migraine ophtalmique, affections hystériques des muscles de l'œil, etc.) et la valeur séméiologique de ces divers troubles hystériques.

Le stigmate de la névrose se trouve dans le rétrécissement concentrique, régulier, avec inversion des champs visuels colorés; il existe toujours dans l'hystérie, et jusqu'à aujourd'hui on ne l'a jamais signalé en dehors de l'hystérie.

Combined gynecological operations, par GEORGE M. EDELBOHLS. (Extrait de l'*American Journal of medical Sciences*, Philad., septembre 1892.)

L'auteur, après avoir décrit son arsenal instrumental et son

matériel de sutures, insiste sur ce fait que l'on doit toujours exécuter en une même séance toutes les opérations que l'on a à pratiquer, à moins que parmi elles se trouve une laparotomie, celle-ci devant toujours être pratiquée seule.

Opérations obstétricales, par H. FRITSCH. — Trad. de l'allemand par F. STAS.

Travail important que nous nous contentons d'annoncer pour le moment, mais qui mérite une analyse circonstanciée.

R. L.

Le volume des **Procès-verbaux, Mémoires et Discussions** du 6e Congrès français de chirurgie tenu à Paris au mois d'avril dernier, sous la présidence de M. le professeur Demons, de Bordeaux, vient de paraître à la librairie Félix Alcan, publié par les soins de MM. les docteurs S. POZZI, secrétaire général, PICQUÉ, secrétaire général adjoint du Congrès.

Ce volume, illustré de 89 gravures, contient 120 communications sur les sujets les plus divers concernant la chirurgie et particulièrement sur les trois questions à l'ordre du jour de la session : *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.* — *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.* — *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires.* On y trouvera également les rapports exposant l'état actuel de ces importantes questions, dont avaient été respectivement chargés MM. Jeannel, Guyon et F. Terrier. (1 vol. grand in-8° de 800 pages, 16 fr. Félix Alcan, éditeur.)

OUVRAGES REÇUS

Menstruation et Fécondation. — *Physiologie et Pathologie,* par le Dr A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Gynécologie, Séméiologie génitale, par A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

La pratique gynécologique et obstétricale des hôpitaux de Paris, P. LEFERT.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXVIII

Juillet à Décembre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXVIII

Juillet à Décembre 1892.

REVUES GÉNÉRALES

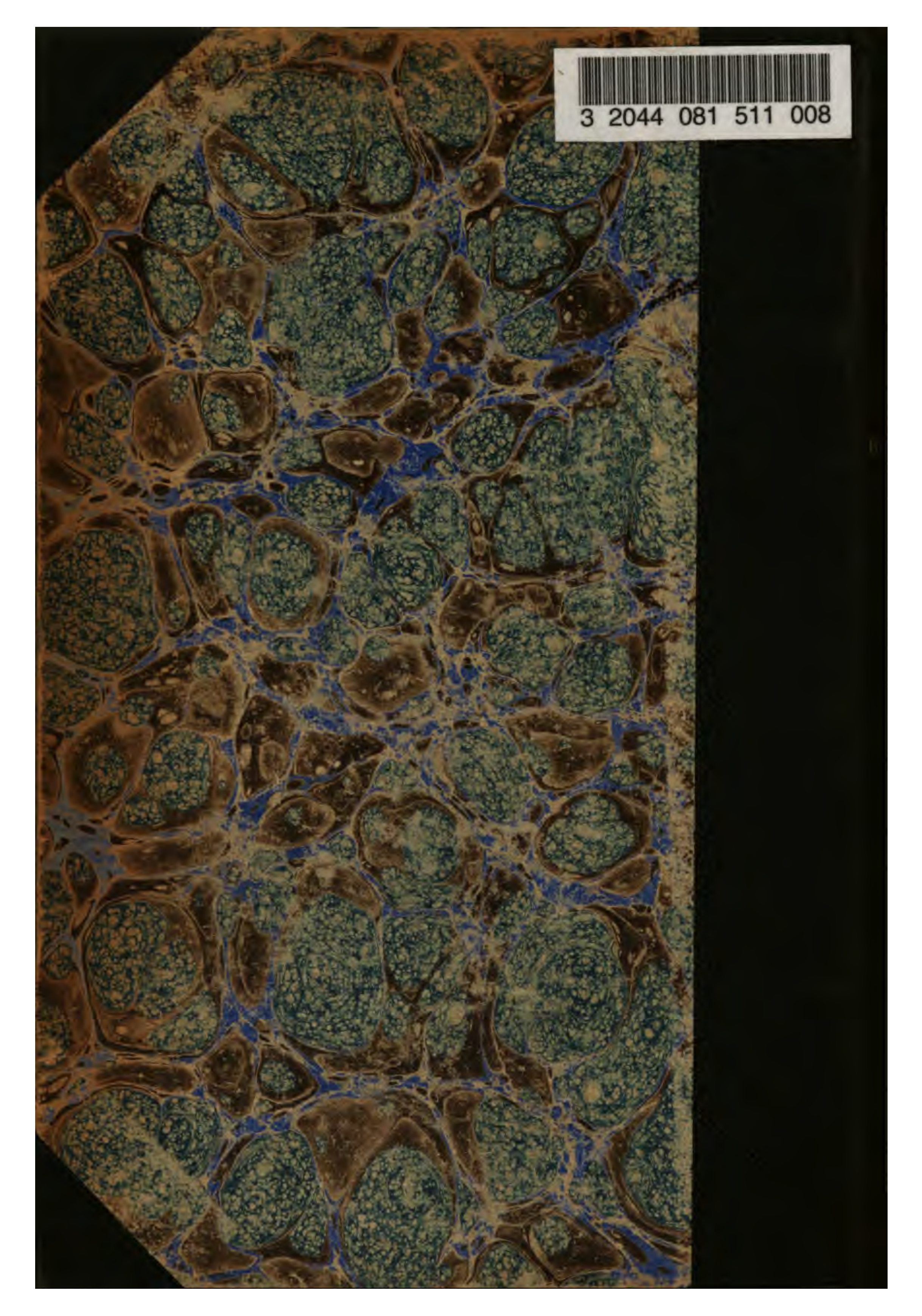
SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUES ANALYTIQUES

BIBLIOGRAPHIE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

116/18.


3 2044 081 511 008